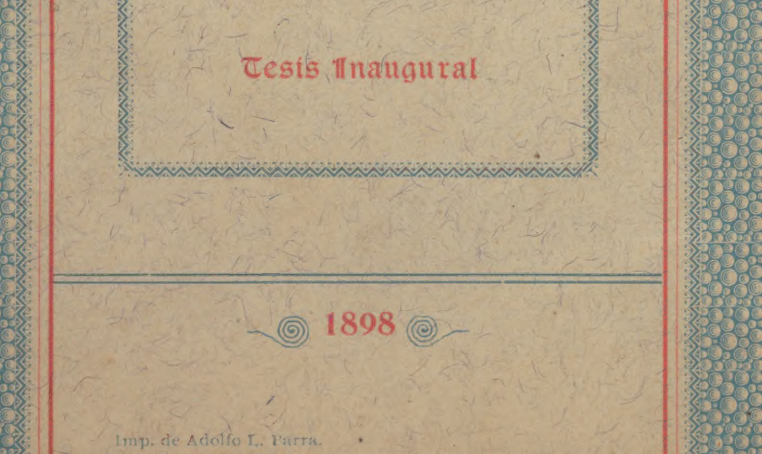
FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

ALFREDO CATUREGLI

RUPTURAS PERINEALES

SU TRATAMIENTO



Tesis Inaugural

1898

Imp. de Adolfo L. Parra.

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LAS

RUPTURAS PERINEALES

Y SU TRATAMIENTO.

[Procedimiento de perineorrafia que emplea el Sr. Dr. Fernando Zárraga].

TESIS

QUE PARA SUBSTENTAR EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA, PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR EL ALUMNO

ALFREDO CATUREGLI

De la Escuela N. de Medicina de México



MÉXICO

Tip. de Adolfo L. Parra.—Escalerillas, núm. 2,

1898

A mi respetable é ilustrado maestro el

Sr. Dr. D. Jesús Sanchez.

Testimonio de gratitud.

Alfredo Caturegli.

México, Abril 14 de 1898.

A mis amados padres y hermanos.

Al Señor Gobernador del Estado de Sonora, D. Ramón Corral.
A quien debo generosa y liberal protección.
Gratitud y respeto.

Al Sr. Dr. D. Fernando Zárraga.
Público testimonio de mi reconocimiento y estimación.

A mis maestros todos.
Tributo de imperecedero cariño y respeto.

A mi fraternal amigo el Sr. Dr. D. Francisco C. Canale.
En significación de mi leal é ilimitado afecto.



INTRODUCCION.

POSEIDO de justificada desconfianza, he intentado la confección de este pequeño trabajo, con el cual pretendo dar cima á mis dilatadas, á la par que penosas, faenas escolares.

Mal de mi grado, cuando mi más ardiente anhelo hubiera sido poder producir, como prueba escrita para mi examen final, un fruto de mis afanes sazonado y digno de la ilustración de los que han de ser mis jueces en momento tan solemne de mi vida, de los que han de decidir con su fallo justiciero é inapelable, la suerte que se me reserva, mi trabajo ha resultado de muy mezquino valer. Y no es que el tema de él carezca de importancia. Lejos de eso. Se refiere á uno de esos puntos, lagunosos y deficientes, en que tanto abunda, por desgracia, el amplísimo campo de las ciencias médicas, no rozado aún de embarazadores obstáculos y de trascendentales errores. El asunto que he sujetado, para la formación de este trabajo, á mi estudio y disquisiciones—asáz miopes y quizá erroneos—es uno de aquellos en que más se ha ejercitado la actividad é ingenio de los autores, prueba de su interés. Se han dado á luz, á porfía y con excepcional profusión, multitud de pro-

ducciones encaminadas á dilucidar y resolver punto tan debatido. Y con todo, parece no haberse llegado aún al término de este empeño de los prácticos. Mas ¿cómo negar que mucho se ha avanzado ya por esta vía y que, gracias al perfeccionamiento de los métodos actuales, la mujer ha dejado de ser víctima de una de las lesiones, si no más graves, sí más penosas y frecuentes que sobrevenirle pueden en el momento del parto?

Trátase, en efecto, de un accidente al que gran número de primíparas y no pocas multíparas, están sujetas en grado más ó menos apreciable, al verificarse la expulsión del producto de la concepción.—Si la conformación adecuada y especiales condiciones de los órganos genitales no concurren debidamente á facilitar la verificación de este tiempo del trabajo del parto, la desgarradura de esa porción del piso pélvico que en Obstétrica se llama perineo, es no sólo inminente, sino inevitable en multitud de casos. Ya tendré oportunidad, en el curso de este trabajo, de señalar las causas que predisponen y determinan ó al revés, descartan, la producción de las lesiones que intento estudiar. Debo, sin embargo, prevenir que mi mente al emprender este estudio es, más que hacer una monografía, tratar de ilustrar mi poquedad de criterio y enriquecer mi limitada experiencia, en una cuestión tan deficientemente formulada por los autores y que es, no obstante, de aquellas que la práctica diaria presenta al médico en solicitud apremiante de una reparación, y de una reparación completa, que restituya al órgano lacerado su idoneidad primitiva.

Ya antes he manifestado que ascienden á muy crecida suma los procedimientos operatorios propuestos con tal fin. Esta consideración, por sí misma, me indujo á fijar la atención en este punto de la cirugía obstétrica y ginecológica. Porque, en efecto, ¿cómo creer que tanta divergencia en los pareceres, tanta variedad en los procedimientos, es un simple derroche de ingenio, en que los autores, como á porfía, han pretendido crear todos los modos imaginables de proceder, sin atender, como es lo justo, á que lo ideado llene un objeto útil? Y tanto más se fija la atención en es-

to, cuanto que se trata de una lesión acaecida en una región reducidísima, que se presta á pocas variantes y en que hay similitud de indicaciones para intervenir, en casi todos lós casos.—No es, pronto se descubre, el prurito de los cirujanos acumular sobre la vía de la práctica una riqueza—mejor diremos, una obstrucción—de procedimientos; cada uno de ellos ha pretendido enmendar las deficiencias ó inconvenientes de sus congéneres, con escasa fortuna casi todos; y de allí que no hayan sido unánimemente aceptadas las enmiendas y que hayan quedado en pié muchas prácticas que debieran desterrarse y que son un verdadero caos para el inexperto estudiante, que va en busca de la luz y de la ventaja en sus inquisiciones. Y así yo, ansioso de tener una regla de conducta á que ajustarme en el caso de ser solicitado para reparar un accidente como el de que me ocupo, he acudido á las fuentes de ilustración que he habido á mi alcance y tropecé con los obstáculos, dificiles de superar, de que antes hice referencia.—Mi querido y respetado maestro el Sr. Dr. Zárraga, de competencia y talento fuera de discusión, tuvo á bien comunicarme sus impresiones sobre el particular, y me dió á conocer el procedimiento que él ha empleado desde mucho antes de Agosto de 1895, en que lo dió á conocer, en multitud de casos de su práctica civil, con resultado verdaderamente satisfactorio, y el cual procedimiento, de que aquí me ocuparé, me ha sido dado ver poner en práctica últimamente.—Ha nacido de aquí la idea de aprovechar mis cortos estudios sobre esta cuestión, para ofrecerlos á mi ilustrado é indulgente Jurado de examen, como prueba escrita, en el solemne acto que voy á substentar, pretendiendo optar al título honroso de médico de nuestra aplaudida Facultad.

Dije al principio que no acometía esta empresa, por demás ardua para mis fuerzas, sino con justificada desconfianza, y así es en efecto. Estoy plenamente convencido de que el tema que me ha parecido conveniente adoptar para esta prueba, encierra positivo interés é incita á entrar en consideraciones altamente provechosas, dignas de

ser explotadas por inteligencia más poderosa y penetrante que la mía.

Bien sé que nada nuevo—pues ni siquiera lo es el procedimiento sobre que llamo la atención, ya publicado por el Sr. Dr. Zárraga—se encontrará en este incompetente trabajo inaugural. Lo presento, no solo sin pretensión de ningún género, sino profundamente persuadido de su insignificante valor. ¡Mas cómo ha de ser!

Tengo, por necesidad imperiosa, lamentable premura de tiempo; mi inteligencia es demasiado escasa para improvisar, por hablar así, un trabajo que entrañara mérito y originalidad; y la inflexible exigencia de la ley, de inaugurar el acto del examen con una producción brotada del esfuerzo personal, me ha arrastrado á intentar el confeccionamiento de una disertación de la índole exigida.

Pueda, pues, la benevolencia de los Señores Jurados que me juzguen, disimular las deficiencias, lagunas ó errores involuntarios en que haya incurrido; quizá una experiencia más extensa y sólida y un desarrollo más vigoroso y maduro de mis conocimientos en posteriores fechas, me permitan colmar el necesario vacío de que hoy adolecen mis estudios. Los que sean mis Jueces en esta vez, doctos como miembros de nuestro profesorado, á donde sólo se llega tras prolijos trabajos y laboriosa brega en los campos del saber, podrán, mejor que nadie, tener la indulgencia que necesito, si he de ver coronadas mis más ardientes aspiraciones: adquirir un título honroso para ejercer legalmente una de las más nobles profesiones, cual es la de llevar el alivio á las víctimas de la enfermedad, que tan acerbos azotes inflige á la humanidad. En esa indulgencia confío.

México, Febrero 24 de 1898.

Alfredo Caturegli.



LA cavidad abdominal está cerrada en su parte inferior por un piso fibro-muscular resistente, pero notablemente elástico, que soporta el peso de las vísceras en aquélla contenidas. Este piso de la cavidad abdominal, de una descripción anatómica bastante dificultosa, lleva el nombre de perineo. Las relaciones íntimas que presenta con los órganos alojados en la pelvis, de los cuales los más importantes en forma de canales, lo atraviesan para venir á abrirse al exterior, dan á esta región anatómica su grandísima importancia, desde el doble punto de vista quirúrgico y obstétrico. Comoquiera que no es pertinente para el estudio que nos proponemos llevar á cabo en este imperfecto trabajo, el hacer una descripción minuciosa de la anatomía de la región y en obvio, además, de la brevedad, pasaremos por alto los detalles de menor cuantía y solo mencionaremos lo que convenga á nuestro propósito.

Si se considera el perineo por el interior de la cavidad abdominal, se ve que ofrece la forma de un embudo sumamente ensanchado, insertándose, por los contornos de su circunferencia, sobre la pelvis y cuyo fondo presenta en la mujer tres aberturas, que pertenecen: la anterior á la uretra, á la vagina la de enmedio y la posterior al recto.— Visto por el exterior, el perineo se extiende por todo el espacio

encerrado en los contornos del estrecho inferior de la pelvis, es decir, corresponde á la misma región y extensión que visto por el interior. En este espacio la anatomía y la patología establecen una división en dos porciones: la una anterior ó génito-urinaria y la otra posterior ó ano-rectal.— Las dos porciones referidas tienen para el cirujano análogo interés, y muy grande por cierto, por comprenderse en ellas órganos importantísimos, sitio frecuente de desórdenes y afecciones serias, que reclaman muy á menudo su intervención terapéutica; mas para el tocólogo el mayor interés se encuentra en la porción anterior, asiento de los órganos genitales externos y escenario en que se desenvuelven los fenómenos últimos del parto. En Obstétrica se reserva el nombre de perineo, no á toda esta porción anterior del piso pélvico, sino tan sólo á la que sirve de separación entre las dos, á ese macizo de tejidos comprendidos entre los conductos ano-rectal y vaginal.

Como la vagina y el recto, canales practicados á través del piso pélvico, tienen en su porción inferior direcciones convergentes de abajo hacia arriba, queda entre ellos comprendido un espesor de tejidos—perineo propiamente dicho, según acabamos de definir—de forma prismática triangular ó cuneiforme, cuya base la forma la piel, el ángulo se pierde en el tabique recto-vaginal, que lo prolonga hacia arriba; los otros dos lados ó caras, anterior y posterior, están constituidas respectivamente por la pared vaginal posterior y la pared anterior del intestino recto; hacia los lados, el prisma perineal confina con los dos músculos elevadores del ano, sostén principal de la región. Este espacio tiene apenas, en su base, una dimensión de 4 centímetros aproximadamente, y á sus expensas deberá hacerse, en gran parte, la dilatación de la vulva durante la salida del feto. Podría creerse á primera vista, que esta salida, dadas las dimensiones del orificio vulvar, relativamente pequeñas, y las del feto que lo atraviesa, muy considerables, no puede verificarse sin rompimiento de ese orificio, por la enorme distensión á que está sujeto. Y con efecto, muy á menudo ocurre, por desgracia, que se producen desgarraduras de

mucha consideración y aún graves, y si éstas no se observan en todos los casos, es gracias á la gran elasticidad de que están dotados los tejidos de la región. Esta elasticidad de los distintos planos que constituyen el perineo, es la causa, más que la imbibición y reblandecimiento de las partes, determinados por la congestión venosa del fin del embarazo y el contacto de líquidos procedentes de una abundante secreción, circunstancias que sin duda favorecen á aquélla, es la causa, decimos, de que el perineo no sufra en su integridad al verificarse el parto. Que falte aquélla y sobrevendrá irremediablemente la desgarradura.

A ese accidente están muy especialmente expuestas las primíparas, sobre todo si tienen ya una edad relativamente avanzada, justamente por carecer sus partes de la elasticidad suficiente. En las primíparas, en efecto, la resistencia del perineo es muy considerable, puesto que posee toda la integridad de un órgano flamante, sin el menoscabo de sus propiedades que determina el uso ó funcionamiento anterior, más ó menos repetido, el cual llega á crear un cierto hábito ó tolerancia. A mayor abundamiento, la matriz, por primera vez en ejercicio, sin fatiga que la doblegue ni tacha que la debilite, tiene una energía incontrastable para los tejidos del perineo. Puede muy bien en estas condiciones no bastar su elasticidad para soportar la distensión producida por un feto que avanza ante un impulso poderoso, y entonces el perineo estalla. Con mayor razón acontecerá esto, si por las modificaciones sobrevenidas en los tejidos en una edad ya demasiado avanzada, éstos se han tornado ya demasiados rígidos y frágiles.

Una influencia que sin dificultad se comprende tienen la estrechez de la vulva y ciertas conformaciones defectuosas, así como el volumen exagerado del feto y las posiciones viciosas no reducidas de la cabeza, que hacen que los diámetros de ésta no estén acomodados á los del canal que debe recorrer. Igualmente sobrevendrá la ruptura del perineo en aquellos casos, en que, aun cuando el feto no tenga proporciones exageradas, su avance en el canal genital es demasiado rápido y no permite el gradual y lento des-

plegamiento de las paredes de la vagina y del anillo vulvar; hay, por decirlo así, una irrupción, en que el feto arrolla y destroza cuanto á su paso se opone. Si el arco formado por la reunión de las dos ramas descendentes de los pubis no es bastante amplio para alojar en su concavidad, á su salida de los órganos maternos, al producto, ó que la sínfisis tenga demasiada altura, como en las pelvis que se llaman *abarrotadas*, vendrá á chocar contra el arco subpubiano, pasará ejerciendo una violencia extraordinaria sobre la comisura posterior de la vulva, enormemente restirada, y causará irremisiblemente su desgarradura. A producir este mismo efecto concurrirá la existencia en la región perineal de ulceraciones, abscesos, neoplasmas ú otras lesiones que debiliten ó comprometan su resistencia.— Una causa menos frecuente, pero tan eficaz como las anteriores, es el vicio de la pelvis consistente en un aplanamiento del sacro, que permite á la cabeza fetal irse demasiado hacia atrás ó bien en aquellos casos en que, por una conformación especial defectuosa, la vulva se encuentra situada muy hacia adelante y el perineo resulta, por lo mismo, demasiado extenso y mal apoyado. Estos son los casos en que se encuentra una inclinación excesiva del plano anterior de Dugés.

Hay una causa bastante común y eficiente en alto grado, para producir las desgarraduras perineales y es: la exagerada acumulación de grasa, no sólo entre los planos de la región, sino, sobre todo, en los huecos isquio-rectales. Es fácil explicarse cuál será su influencia, si recordamos la disposición que ellos tienen. Estos huecos, como se sabe, están normalmente llenos de tejido celulo-grasoso y situados en los confines postero-laterales del piso pélvico, á uno y otro lado del recto. Tienen la forma de una pirámide triangular cuya base está vuelta hacia abajo, el vértice hacia arriba y sus caras, externa, interna y posterior, constituidas de la siguiente manera: la tuberosidad isquiática, tapizada por el músculo obturador interno y su fuerte aponeurosis, hacia afuera; el músculo elevador del ano con su envoltura, hacia adentro; y hacia atrás el espacio está ce-

rrado por el sacro, el coxis, los ligamentos sacro-ciáticos, los músculos piramidal, gran glúteo, etc. Este espacio, cerrado por todas partes, está lleno, como dijimos, por tejido celulo-grasoso; en ciertas circunstancias ese tejido, poco elástico, puede acumularse de una manera exagerada y no permitir entonces al músculo elevador del ano replegarse contra las paredes posterior y lateral, en el momento del paso del feto, y sobre todo, de la cabeza. En efecto, cuando se hace la expulsión del producto, el elevador del ano, especialmente sus fibras anteriores, que pasan á los lados de la vagina para venir á concurrir al rafe medio, formando una especie de lazada, es repelido excéntricamente contra las partes resistentes de la pelvis, muy particularmente hacia atrás; en los casos en que este cojín grasoso está muy abultado, se concibe con facilidad que la cabeza ejercerá sobre él una violencia considerable, forzará la resistencia del asa muscular y dará origen á la ruptura perineal.

El partero mismo, en las aplicaciones de forceps, cuando son mal hechas ó es excesivo el esfuerzo desplegado, puede producir y produce de hecho con facilidad, laceraciones, á veces extensas, del macizo perineal; otro tanto debe decirse de aquellos casos en que, para practicar la versión por maniobras internas, se ve obligado á introducir la mano con violencia y precipitación en el conducto vulvo-vaginal, etc. Otras varias causas podrían señalarse, á poco que se reflexione, eficientes para producir la lesión que venimos estudiando. Como ha podido verse, las causas, sea predisponentes ó bien determinantes, de desgarramiento perineal, sobrevenido en el momento de la expulsión del feto, son numerosas, y aún su número acrece con ciertos traumatismos, directos ó indirectos, que producen el mismo resultado.

Por poco que se fije la atención, podrá descubrirse que entre esas causas, hay varias cuya existencia puede preverse y aun contrarrestarse, al paso que otras hacen no sólo inminente, sino irremisible, la desgarradura y ni siquiera pueden conocerse de antemano, puesto que depen-

den de la conformación y estructura íntimas del perineo, variables de una persona á otra y que no ofrecen señales ostensibles de vulnerabilidad especial y de peligro. Toca al práctico que asiste á un alumbramiento, ejercitar su pericia descartando la funesta influencia de las causas evitables, y en las otras, concurriendo á que el serio accidente que ha de sobrevenir, quede reducido á su expresión más simple y á una relativa benignidad. En gran número de veces su papel al lado de una parturiente será simplemente ese: resguardar la integridad del perineo. ¡Cuántas ocasiones, sin razón ó con ella, se le acusará de torpeza y su reputación sufrirá rudos ataques y quién sabe si menoscabo deplorable, por no haber acertado con sus procederes á prevenir ó aminorar en lo posible tan lamentables laceraciones! No debe desconocerse que en multitud de casos no estará, sin embargo, en la mano del práctico, precaver á la parturiente de percance semejante. A este respecto, pueden dividirse, como lo hace el profesor Charles, los perineos en tres clases: 1ª. la de los que no se dilaceran, aun cuando no se les proteja; 2ª. la de los que se desgarran á pesar de todo, y 3ª. la de los que, en inminencia de ruptura, pueden resguardarse por maniobras y precauciones especiales.

En el parto no es el revestimiento cutáneo-muscular que constituye la horquilla, lo que forma el principal obstáculo para la distensión suficiente, sino el plano muscular y fibroso que lo refuerza. Aquel revestimiento está dotado de mayor elasticidad que las capas fibro musculares de donde resulta que muy á menudo, antes de ceder el primero, se hacen rupturas profundas subcutáneas, y hasta sucede á veces que, dejándose distender lo suficiente la vulva, esas rupturas subcutáneas quedan aisladas y acaso desconocidas; hecho que no carece de importancia, por las consecuencias lejanas que puede acarrear, á saber, debilitamiento del perineo y prolapso genital consiguiente. El profesor Budin halla una razón de desgarraduras perineales en la existencia de los restos de la membrana himenal, insertada sobre la vagina, y de allí cree que arranca la

dilaceración, más bien que de las capas musculares subtegumentarias. Dice: «Las desgarraduras del perineo, tan comunes en las primíparas, tan difíciles de prevenir en ellas, tan temidas, contra las cuales se han preconizado tantas prácticas, se relacionan íntimamente á las lesiones del orificio himenal (que según Budin, no llega á desaparecer completamente por las simples relaciones sexuales). El rompimiento, la destrucción de la membrana, no es causada mas que por el parto.—El himen es siempre roto. Las rupturas son diversas: se desgarra, sobre las partes laterales algunas veces, otras hacia arriba, pero con mucha mayor frecuencia hacia la parte inferior, sin duda porque á este nivel ofrece la mayor altura y da el mejor punto de apoyo á la cabeza, que lo rompe.» (Semana Médica, 1892.) Por nuestra parte, mejor nos inclinamos, con Pozzi, á creer en el mecanismo señalado antes, ruptura previa, más ó menos profunda, de los refuerzos musculares, etc., menos elásticos que los tegumentos, seguida del desgarramiento de éstos, si no son bastante elásticos; pensamos que la rotura de la orla himenal significa poca cosa generalmente en la producción de un estrago tan temido y trascendental.

Y no es que tal accidente sea mortal; pocas veces constituirá, en la actualidad, un peligro tan serio, y en semejante caso, estamos por creer que el partero será, en mucha parte, responsable de él. Mas si no hay ese peligro, sí sobrevienen incontables inconvenientes, que pueden durar toda la vida y amargar los días de la paciente y también, por concomitancia, los de sus deudos más queridos. Se derivan, en efecto, de una lesión como la que nos ocupa, multitud de consecuencias que afectan la salud corporal y moral de la víctima de ese achaque, que más tarde hacen penosas ó imposibilitan las relaciones sociales y la felicidad doméstica. Las primeras consisten en la posibilidad de una contaminación, pues toda desgarradura es una amplísima brecha abierta en el valladar natural del organismo contra las influencias exteriores, el revestimiento cutáneo-mucoso, por donde pueden entrar con extrema facilidad los micro-organismos, productores de las infecciones puer-

perales. Puede, no obstante, hoy conjurarse este peligro y arrebatar á la muerte una presa, en otra época casi cierta, merced á los poderosos medios de que ahora se dispone, la antisepsia obstétrica y quirúrgica. Pero no cesan allí todos los males. Comoquiera que el perineo no sea restaurado convenientemente, faltará el sostén más apropiado y eficaz de los órganos pélvicos. Los desalojamientos y prolapsos de la matriz y de la vagina, la cistocele, el rectocele, las enteroptosis, las afecciones inflamatorias, etc., con todo ese grave cortejo de desórdenes, dolores y achaques que acarrea el simple desequilibrio de la estática uterina y aún las dificultades para ulteriores partos, no son mas que algunas de las perturbaciones consecutivas á los desgarramientos perineales. Que sean éstos extensos, que interesen el esfinter anal y suban por el tabique rectovaginal, y se habrá producido la formación de una verdadera cloaca, punto de concurrencia de exereciones y secreciones eminentemente tóxicas y peligrosas, floreciente campo de cultivo en que pululan todos los microbios. La incontinencia de gases y de materias fecales serán, por otra parte, uno de los mayores tormentos que aflijan á la infeliz mujer, que, habiendo escapado á la infección, adolece aún de las consecuencias consiguientes á una dilaceración perineal no reparada. Innecesario nos parece detenernos en señalar las infaustas consecuencias que tal achaque acarrea para la mujer, privándola de los goces sociales y domésticos, de que necesariamente debe alejarse, haciéndose esclava de un aseo y cuidados corporales practicados de contínuo y nunca completados, y arrastrando de precisión una vida llena de sinsabores y desesperación. Pues si es cierto que la naturaleza intenta la reparación del mal causado, nunca es tan completa que quede subsanado el desperfecto, á poco que sea de cierta consideración. Felizmente el arte posee recursos suficientes para restituir las cosas á su primitivo estado, si es que no ha tenido la eficacia bastante para prevenir la lesión.

Con este último fin se han señalado varios medios, que se practican, los unos con anticipación, á fin de preparar

á los tejidos para la distensión y que no debieran omitirse nunca; consisten en baños, inyecciones y embrocaciones repetidas, que suavizan y reblandecen las partes blandas, prestándoles mayor flexibilidad y elasticidad; otros medios se ponen en práctica en el momento de la expulsión del feto y consisten en orientar, por decirlo así, la cabeza del niño, de manera que los diámetros que sucesivamente han de atravesar el orificio vulvar, vengan en un orden conveniente y con la lentitud necesaria, evitándose los mayores, que son los más peligrosos. Con tal objeto hay que procurar, en lo posible, que la presentación del feto sea por el vértice y en posición anterior, la más favorable. Por otra parte, hay que dar á la vulva el tiempo suficiente para que se distienda, pues la excesiva brusquedad de la expulsión no puede concebirse sin dilaceración perineal. Por este motivo es que deben evitarse todos aquellos medios que producen la aceleración en la salida de la cabeza: presiones, enucleación, cuernecillo de centeno ú ótros ocitócicos, forceps usado con impericia, etc. Lejos de esta celeridad, hay que procurar á toda costa una prudente y provechosa lentitud; lejos de sorprender la resistencia del perineo, hay que dar tiempo para que se ponga en juego su extensibilidad. Precisamente esta es una de las razones por que las presentaciones de vértice son mucho más ventajosas que las otras: precediendo la cabeza, parte la menos reductible del feto, al resto del cuerpo, para que aquella pueda ser expulsada, es necesario que el anillo vulvar se haya dilatado lo suficiente; lo que venga después pasará con relativa facilidad.—Mucho han discutido los autores sobre si, para proteger el perineo debe sostenerse este sólo, ó nada más la cabeza, ó uno y otra al mismo tiempo. Pero la generalidad de los prácticos asienten en que lo más importante de la maniobra es sostener, dirigir y retener la cabeza, y que la protección directa del perineo es menos interesante, si bien se reconoce que es útil. El perineo, que se intenta forme un todo con la mano, se desgarra debajo de ésta, como decía Depaul. No deja, á pesar de todo, de tener sus ventajas el aprestar mayor cantidad de tejidos para la dilatación,

repeliéndolos lo más que se pueda. del coxis y de los lados, hacia la vulva. Para vigilar el estado del perineo es una buena precaución, que no debe olvidarse. dejar una faja angosta de piel adelante de la mano extendida sobre el perineo. circundando la abertura vulvar. Más que todos estos intentos. tiene eficacia dar á la parturiente un decúbito favorable en el momento de la expulsión. Unos parteros prefieren el decúbito dorsal. los otros el lateral. En el primero. si los miembros inferiores no se mantienen á una distancia conveniente. se produce un atirantamiento. enteramente contrario á la flexibilidad de los tejidos perineales y se favorece su vulneración. En cambio. es quizá más cómodo que el lateral. Entre nuestros maestros hemos visto siempre dar la preferencia y aconsejar esta actitud dorsal. levantando la pelvis un poco. mediante un cojín colocado por debajo. Por el contrario. otros, los parteros ingleses sobre todo, prefieren. invariablemente en las primíparas y por lo general en las multíparas. el decúbito lateral izquierdo. En su apoyo tienen las estadísticas, que arrojan cifras de rupturas perineales inferiores á las que dá el decúbito dorsal; en el lateral. el perineo queda mucho más visible, la vigilancia es mucho más perfecta y además. se impide, cuanto es dable. la tensión excéntrica de las partes. Otras varias maniobras se han aconsejado para el resguardo del perineo. mas como nuestra mente es fijarnos de preferencia en la manera de subsanar el detrimento sufrido. las pasaremos por alto. así como los detalles de la técnica de los procedimientos enunciados antes, á fin de llegar pronto al objetivo de nuestros propósitos.

Antes hemos dicho que hay perineos que se dilaceran á pesar de todas las precauciones tomadas para evitarlo. pero entonces, prestando atención. se preve el peligro y se adelanta uno á él, con el logro de ventajas importantes. esto es, se practican incisiones ó desbridaciones del perineo, especie de desgarraduras artificiales, inteligentes. de labios rectos y netamente recortados. limitadas cuanto sea necesario. en un sentido que excluye gravedad y peligro y hechas con toda limpieza; quiere decir. en las condi-

ciones más propicias para repararse rápidamente, sin consecuencias desagradables ó serias: á diferencia de las producidas por el paso del feto, irregulares, hechas á ciegas, mal dirigidas, contundiendo profundamente los tejidos y por lo tanto, propendiendo á la infección y la gangrena.— Tales desbridaciones deben hacerse en la parte posterior del orificio vulvar, sobre la línea media ó á un lado de ella y dirigiéndolas oblícuamente hacia abajo, de modo de poner á cubierto la integridad del esfincter anal. Las condiciones de cada caso y la experiencia enseñarán el número y la forma más conveniente de dichas incisiones, en linea recta, á manera de V ó de Y invertidas, etc. Si una desgarradura se ha iniciado ya, naturalmente nuestra incisión debe prolongarla sin pérdida de tiempo, hacia abajo y afuera, alejándose del ano para dejar íntegro el esfincter, objeto capital de esta operación. Pasado el trance del parto, fácilmente se obtendrá la reunión y cicatrización de éstas hoy inocentes heridas. - No debemos pasar adelante sin manifestar que estas incisiones preventivas, no obstante sus ostensibles ventajas, han sido abandonadas por algunos de los prácticos más distinguidos, entre ellos el profesor Pinard. No es nuestro ánimo, ni pertinente á nuestro pequeño é incompetente trabajo, discutir el pró y el contra de la utilidad de ese medio profiláctico; pero sí diremos que lo juzgamos beneficioso por lo antes asentado, con tal que se practique con la prudencia requerida.

Es el momento de decir que muchas veces no bastan las precauciones á que hemos hecho referencia, para conjurar el peligro, que en las manos mismas del partero y á despecho de su habilidad y diligencia, se produce el serio daño que tiene la misión de evitar ó siquiera de atenuar. Ocioso es decir con cuánta mayor facilidad é imminencia se ha de presentar en aquellas parturientes que, por un motivo ó por otro, sufren su alumbramiento sin la vigilancia y cuidados de un partero inteligente y diestro.

Las roturas perineales se hacen casi siempre sobre el lado izquierdo, muy cerca de la línea media, pero no sobre ésta misma, porque la columna posterior de la vagina,

más gruesa y resistente, cede con más dificultad que las porciones vecinas. Se operan aquellas en una extensión más ó menos considerable: á veces no pasan del tegumento, otras ocasiones hienden el perineo hasta la proximidad del ano; en los casos más serios, no solamente éste es interesado, sino que la ruptura sube también por el tabique recto-vaginal. Sin dificultad se comprende que la importancia de estas lesiones estriba en la extensión que alcanzan. Se denominan las desgarraduras incompletas ó completas; siéndolo las primeras aquellas que no interesan el esfincter anal, y las segundas las que llegan á él dividiéndolo y nulificando su acción. Un grado intermedio lo ocupan las rupturas centrales, que apenas mencionamos por ser muy raro observarlas en la práctica. Otra clasificación distingue varios grados en las desgarraduras, á saber: de primero son aquellas que sólo han lesionado la horquilla vulvar y que no tienen interés práctico, porque se subsanan espontáneamente; como de segundo grado se consideran los que hieren los planos profundos del perineo, sin afectar el esfincter anal; éstas, así como las de tercer grado, en que el esfincter es también seccionado, exigen la intervención y reparación de que muy pronto vamos á hablar, pues es el fin que nos proponemos en esta deficiente disertación. Las más extensas se abarcan en un cuarto grupo; éstas son las más graves de todas, y felizmente, también las más raras, y exigen una triple restauración: la de la pared anterior del recto, la del perineo, inclusive el esfincter del ano y la de la pared posterior de la vagina.

Antes de pasar á exponer algunos de los procedimientos que se han propuesto por los distintos autores para hacer volver á su estado primitivo el perineo, lesionado según cualquiera de los grados dichos, y de decidir cuál de entre ellos merece la predilección, en nuestro humilde concepto, por su sencillez y eficacia, debemos fijar nuestra atención, siquiera sea por breves momentos, en un punto que encierra notorio interés, á saber: asentar las indicaciones de la intervención quirúrgica y el momento más propicio para realizarla.

En cuanto á las indicaciones de la intervención, las compendiamos en esta sola proposición: Debe intentarse siempre la restauración de un perineo que ha sufrido una rotura, apenas sea un poco considerable. Por demás nos parece fundamentar la generalidad de esa proposición, desde el momento en que son bien conocidas las funciones del perineo y la imponderable necesidad de que no se menoscabe su integridad. Nada habría tan injustificado y temerario como confiar á los solos esfuerzos de la naturaleza la reparación de las rupturas perineales. En efecto, sobre ser dificultosa y no exenta de inconvenientes esa reparación, se correría riesgo inminente de que no fuera irreprochable y de que las deficiencias del piso pélvico engendraran para lo sucesivo achaques demasiado serios y trascendentales.

¿Pero en qué momento debe hacerse la perineorrafia, exclusivo remedio del daño causado por la ruptura perineal?

He aquí una cuestión estudiada con escrupuloso empeño por los autores y sobre la cual no se ha dicho aún, á lo que parece, la última palabra. Con efecto, fuera de ciertos términos extremos, en que la generalidad de ellos están de acuerdo, todos los plazos intermedios han sido propuestos. Así, casi todos recomiendan y observan que la perineorrafia se haga inmediatamente después de producida la avería que con ella se remedia. Es, efectivamente, el momento más propicio para operar. Los labios de la herida están perfectamente avivados, se corresponden exactamente y se evita el peligro de infección con mayor probabilidad de éxito; puesto que se cierra la entrada á los gérmenes antes de que se posesionen del campo del traumatismo. Sólo hay una objeción importante que oponer á esta regla de conducta, á saber: que la dilaceración es el fruto de una contusión, de un maltrato demasiado violento de los tejidos, los cuales, en estas condiciones, podrían gozar, tal vez, de poca vitalidad y estar destinados, en porción más ó menos considerable, á la mortificación. En tal caso, el intento de reunión de tejidos así maltratados podría fracasar y por

lo menos, se habría hecho una operación inútil. La práctica diaria enseña que tal temor, generalmente, no tiene fundamento y que, en los contados casos en que se realiza, las consecuencias no significan nada; que en tal concepto, debe intentarse la perineorrafia desde el momento mismo en que el parto haya pasado. Pero acontece que, por fracaso ó por omisión de la operación (falta de medios para practicarla, estado de aniquilamiento ó agotamiento de la mujer, etc.), el perineo á menudo no queda reconstituido, los labios de la desgarradura son sitio de un proceso de cicatrización, cada uno por separado, y el desperfecto subsiste.—¿Cuándo se corregirá?—No habiendo sido en el primer momento, aplacémoslo para muy tarde, dicen algunos prácticos, seis meses, lo menos, después del accidente, por ejemplo.—Viardel 3 días después, Nelatón á los 8 días; según Maisonneuve á los 15 días, según Velpeau hasta después del sobreparto, según Verneuil hasta los 6 meses, según la generalidad de los autores en un plazo que varía de 6 semanas á 6 meses. El profesor Tillaux se expresa textualmente en los siguientes términos: «La sutura no ha sido hecha después del parto ó bien no ha dado resultado; ¿en qué momento debe intervenir, entonces, el cirujano? Es difícil fijar una época precisa; pero importa saber que es necesario esperar un cierto tiempo y no ceder á la impaciencia, muy legítima, de algunas mujeres. La naturaleza, en efecto, procede á un trabajo de reparación á veces sorprendente, hasta tal punto, que una operación, en un principio necesaria, se hace inútil. La regla es no obrar, sino cuando todos los esfuerzos naturales se han agotado, cuando el estado quede manifiestamente estacionario, y yo estimo que se necesita para esto un mínimum de 6 meses.» (Chirurgie Clinique.) Como se ve, las opiniones discrepan demasiado; nos encontramos frente á una cuestión que, juntamente con la del procedimiento operatorio á que deba darse la preferencia, «están aún demasiado embrolladas y el estudiante que, por sus lecturas, quiere formarse una opinión respecto de ellas, se encuentra realmente perplejo, porque parece que los autores se contra-

dicen á porfí a.» (Auvard.) Cada uno juzga según su propia experiencia, la cual, basada en elementos diferentes, no puede constituir una regla absoluta de conducta. Según nuestro modo de entender, sobran todas las cifras que pudieran señalarse, y lo que debe servir de norma son estas dos consideraciones fundamentales, cuandoquiera que puedan realizarse: librar sistemáticamente á la mujer del achaque que le ha sobrevenido y hacerlo á la mayor brevedad posible, desde el momento en que desaparezca todo peligro que pudiera suscitar la intervención, es decir, desde que los fenómenos de inflamación local que siguen al traumatismo, se hayan disipado y las partes se encuentren relativamente sanas. Es el momento de reunirlas. ¿Porqué esperar, de deliberado propósito, á que pasen 6 meses, como quiere Verneuil, por ejemplo, para proceder á una reparación, si ésta puede practicarse mucho antes? ¿Esperaremos á que la mujer se levante de la cama, ya transcurrido el sobreparto y vuelta al estado ordinario, y le damos tiempo para que resienta los inconvenientes y molestias de la lesión que lleva, entre los cuales las metritis y los prolapsos genitales no son los peores? ¿Y si la desgarradura es completa, consentiremos en que permanezca tan largo tiempo con sus cavidades, de naturaleza tan distinta, fundidas en una sola, cloaca infecta y fuente de peligros? No nos parece acertado; al revés, procederíamos tan luego como el estado de los tejidos y el alejamiento de todo peligro de infección puerperal (aún hecha la operación en satisfacterias condiciones de asepsia) nos reclamara la intervención, sin fecha preconcebida y tan sólo cuidando de que el período menstrual, si ya se ha restablecido, hubiera acabado de transcurrir, para que la sangre no nos infectara la herida operatoria; extenderíamos el período de cicatrización entre dos menstruaciones. Todo lo cual equivale á decir que, pasadas por regla general, cinco ó seis semanas (muchas veces será antes), el primer momento es el mejor, puesto que ya entonces se habrá disipado, casi siempre, todo riesgo de contaminación puerperal.

Ahora bien, fijado el momento de hacer la restauración

perineal, de acuerdo cada uno con sus inclinaciones y modo de estimar las cosas ¿cuál es el procedimiento, el *modus faciendi*, que debe adoptarse?—Pocas operaciones se contarán en la Cirujía que hayan dado lugar á tantos trabajos y disquisiciones, como la perineorrafia. A primera vista parece increíble que la reparación de un accidente como el que examinamos, reducida á afrontar las dos superficies cruentas del perineo por medio de suturas más ó menos numerosas, haya producido tantas desavenencias y suscitado tantos debates, así como sido causa de tan variados procederes. Nos bastará, para dar una idea de ellos, con citar los nombres de algunos de los autores de procedimientos que se tienen como clásicos, ya que no podemos tener la pretensión de estudiarlos aquí todos y comparar sus ventajas. Nos saldríamos del cuadro de nuestro propósito, y por otra parte, la inmensa mayoría de ellos están ya relegados al olvido, por ineficaces ó por complicados.—Sin remontarnos hasta Ambrosio Paré y Guillemeau (que parecen ser los ideadores de la operación) y á otros cirujanos de los siglos pasados, diremos que han sido creadores ó modificadores de procedimientos de perineorrafia. Dieffenbach, Baker Brown, G. Simon, Langenbeck, Freund, Hildebrandt, Wilms, Staude, Bischoff, Hegar, Marion Sims, A. Martin, Jenks, Duncan, Simpson, Lawson Tait, Emmet, Mercier, Roux, Demarquay, Richet, Le Fort, Marcelin See, Polaillon, Hüe, Verneuil, Trelat, Leblond, Pozzi, Doleris, Doyen, etc., etc. Como se ve, la lista, aunque incompleta y formada al acaso, es larguísima y ella dará idea de la infinidad de trabajos que la actividad de los cirujanos ha producido con respecto á la operación de que nos ocupamos. Podría creerse que tratándose de una región tan reducida y de una operación tan bien determinada y precisa, que se presta á tan cortas variantes, el asunto estuviera superabundantemente agotado, y que todo nuevo proceder ideado para simplificar la perineorrafia y para garantizar mejor sus resultados, fuera ya ocioso y redundante. Mas no sucede así. Cada uno de los métodos ideados ha gozado y goza aún, de cierta aceptación entre los

prácticos, y con todo, no puede desconocerse que todos adolecen de defectos más ó menos notables, que han hecho ya desechar á muchos y que ninguno sea exclusivamente seguido. Es que unos, si ingeniosos, son demasiado complicados; los otros, si sencillos, no surten el efecto deseado; y otros más, aunque eficaces por el momento, ulteriormente originan consecuencias desagradables para la mujer, por no restituir al perineo su forma y condiciones naturales.

Creemos, en virtud de lo asentado, llenar el propósito que nos guía en esta pobre disertación, si solo tenemos en cuenta los procedimientos que hoy están más en boga y que, por su sencillez, está al alcance de todos los prácticos su ejecución, siendo al mismo tiempo los más eficaces y rápidos.

Desde luego diremos que en todos los procedimientos, la técnica general sufre modificaciones, según los casos: no es lo mismo operar una desgarradura incompleta, que una completa y aun complicada de ruptura del tabique recto-vaginal. Consideremos, pues, separadamente estos distintos casos.

Rupturas incompletas.—En la mayor parte de las ocasiones, la operación no consiste en una simple perineorrafia, sino que se tiene que practicar una colpo-perineorrafia. En semejante caso, por más que la operación sea una, el objeto á que tiende es doble: restaurar la pared posterior de la vagina y restaurar el perineo. Para el primer fin, origen también de incontables procedimientos y discusiones, se seguirá la técnica que mejor convenga, según el criterio de cada operador, cosa que no nos es dado, ni pertinente, examinar aquí. El segundo fin, la perineorrafia propiamente dicha, sí nos incumbe.

Tres métodos distintos se han seguido por los autores: practicar un avivamiento de la superficie cicatrizada (si es que la operación no se verifica en el momento de producirse la desgarradura) y afrontar las superficies refrescadas; ó bien, después del avivamiento, hacer una autoplastía; ó practicar un desdoblamiento de los tejidos y afrontarlos

según un plano perpendicular al que antes tenían, esto es, convertir una incisión transversal en antero-posterior.— Cada uno de estos métodos comprende un grupo de procedimientos que difieren entre sí por la manera de colocar las suturas. Los métodos en que se practica la autoplastía, son los más dificultosos é inciertos y por lo mismo, los menos aceptados; haremos caso omiso de ellos, y sólo nos ocuparemos de los otros.

De una vez por todas, diremos que antes de intervenir quirúrgicamente, debe prepararse á la mujer, según las prescripciones formuladas para todas las operaciones serias de la cirugía, las cuales, por demasiado bien conocidas, nos juzgamos dispensados de asentar aquí. Sólo recordaremos que se trata de una operación hecha en una de las regiones más propensas á las infecciones, como que los gérmenes pululan en ella, y que deben, en tal virtud, redoblarse las precauciones profilácticas de toda contaminación. En los casos más serios, en que el recto está interesado y hay que rehacerlo por medio de suturas, que no pueden sustraerse al paso de las materias fecales con los procedimientos ordinarios, se ha recomendado producir en la paciente una constipación más ó menos completa y prolongada. Del lado de la vagina, debe tambien resguardarse la herida de todo contacto con las secreciones que vienen de este conducto ó de la matriz. En el momento de proceder á la operación misma, será necesario casi siempre cloroformar á la mujer porque la operación, aunque se haga con rapidez, es un poco prolongada y siempre dolorosa. Si se procede á ella inmediatamente después de producida la ruptura y ésta no es de consideración, podrá el cirujano abstenerse de la anestesia general; pero esto sólo en personas no muy pusilánimes y á favor de inyecciones de cocaína. Lawson Tait refiere haber podido practicar una perineorrafia difícil, usando únicamente de inyecciones cocaínicas, en una mujer que rehusó enérgicamente la anestesia general. Creemos que debe siempre preferirse ésta última, siquiera sea por huir de los graves accidentes de intoxicación que puede producir la cocaína, para la cual son extremadamente sensibles algunas

personas; además, se procede con mucha mayor libertad y confianza no habiendo que tener en cuenta el pudor de la paciente en casos de esta naturaleza.

Procedimiento de Simon.—Consiste en hacer un avivamiento de la antigua desgarradura y de la parte inferior de la pared vaginal posterior; este avivamiento lo representan los autores bajo la forma de una espada de naipe francés (*pique*). Por medio de dos ó más suturas con seda, se rehace la pared vaginal; otras suturas perineales profundas, entrecortadas, que van de un lado á otro de la porción avivada, comprendiendo todo el espesor de los tejidos, reparan el perineo una vez apretadas.—En rigor debe decirse, que este método, uno de los más sencillos, surte efectos hasta cierto punto satisfactorios, en los casos más simples; pero adolece, en los demás, de defectos bastantes para no deber ser aceptado, sobre todo, en los casos de ruptura un poco extensa. Más adelante, al hacer la comparación de unos métodos con otros, veremos en que consisten sus inconvenientes.

Los dos procedimientos, por decirlo así, clásicos en la actualidad, para las desgarraduras incompletas, son los de Emmet y de Lawson Tait, que privan sobre todo en los Estados Unidos y en los países sajones.

Nuevo procedimiento de Emmet.—Este procedimiento, que no debe confundirse con el que el mismo autor ha propuesto para el tratamiento de las rupturas completas, es el más seguido por los prácticos de los Estados Unidos y muchos de Inglaterra y Alemania. Tiene la ventaja de corregir un inconveniente á que no habían atendido los procedimientos anteriores á él. La pared posterior de la vagina, ó más bien dicho, el tabique recto-vaginal, en la generalidad de los casos cae en la cavidad del conducto, formando en la vagina un rectocele. Por encima de éste, se forma una especie de bolsa, en que se acumulan las secreciones vaginales y uterinas y donde, alojándose el cuello del útero en prolapso, sufre una contínua maceración, según afirma Jenks. Por otra parte, Emmet estima que para asegurar al cuerpo perineal el sostén de que tie-

ne necesidad, es preciso, en todos los casos, utilizar una porción del tabique recto-vaginal, siempre afectado de prolapso. En tal virtud, Emmet, así en su antiguo procedimiento, como en el nuevo, que vamos á describir, apoya, en cierto modo, las suturas perineales sobre el tabique recto-vaginal. Durante mucho tiempo, Emmet trató aparte ese prolapso por medio de una operación que no le daba, sino á medias, la reducción del tabique. Actualmente reseca una parte de la mucosa sobre la superficie que se extiende del orificio vaginal á la parte más saliente del prolapso ó sea la *cresta*. He aquí como procede: Señala por medio del bísturi, sobre la mucosa de la pared posterior de la vagina, un colgajo que tiene aproximadamente la forma de una M, cuyas dos piernas se unen por medio de una línea curva trazada sobre el borde del orificio vaginal, es decir en la parte inferior de la M; además, el ángulo medio de esta figura no baja hasta el nivel inferior de la letra, sino que queda más elevado. Haciendo la disección de la mucosa comprendida dentro de estos trazos, por medio de tijeras curvas, se obtiene naturalmente una superficie avivada, cruenta, limitada hacia abajo y á los lados por líneas más ó menos rectas y en la parte superior queda una lengüeta de mucosa, especie de úvula. El escurrimiento sanguíneo que esta disección produce es de poca importancia y no necesita generalmente ligaduras; por la compresión de las suturas que van á colocarse, se detiene esta hemorragia. Estas suturas las practica Emmet de una manera especial: se coloca primero una crin de Florencia á la mitad de la altura del triángulo disecado á la derecha. La aguja penetra muy cerca del borde de la herida, camina de arriba á abajo muy oblícuamente bajo su superficie y luego en sentido contrario, para venir á salir en el borde opuesto sobre un punto simétrico; queda, pues, comprendido en una asa todo el espesor de los tejidos vaginales avivados. Este punto de sutura, que el autor llama de *tracción* ó de *sostén*, se anuda desde luego y tiene por objeto levantar la parte profunda de la herida y facilitar la colocación de las otras suturas.

Estas últimas se hacen con seda fina y afrontan los labios opuestos del avivamiento, esto es, el borde derecho dela úvula ó lengüeta mucosa, con la pierna del mismo lado de la M de que ántes hablamos. Estas suturas pasan también bajo la superficie de la herida. Esta operación se repite exactamente igual del otro lado.—Una vez que las suturas han sido colocadas de la manera dicha, desde la de *sostén* ó *tracción* hacia arriba, queda una especie de cavidad, en que hace saliente el vértice de la lengüeta mucosa. Esta superficie ó cavidad es obliterada por medio de suturas en bolsa, en número de una ó dos, con crin de Florencia. Lo que pueda quedar aún sin afrontar se reune con puntos de seda fina. Se tiene así reparada y suficientemente tensa, la pared posterior de la vagina y reducido el prolapso del tabique. Queda ahora por reparar el cuerpo del perineo, el cual ha sido refrescado convenientemente hasta la extremidad vecina de los pequeños labios. Para pasar los hilos, basta una sola aguja, la de Emmet, de mango, de forma parecida á la de Reverdin, aunque más sólida y de una curvatura especial. El paso de los hilos tiene un papel capital en la perineorrafia, y de ello depende en gran parte el éxito; pero este asunto nos parece que hallará mejor su lugar al hablar de las desgarraduras completas, evitándonos incurrir en repeticiones inútiles y enojosas. Completaremos, pues, más adelante la descripción de este procedimiento.

Procedimiento de Lawson Tait. En éste no hay que hacer avivamiento de la superficie desgarrada, sino que se deja subsistente la cicatriz formada; el objeto es no cercenar tejidos que pueden hacer después falta, y el plan de la operación consiste en practicar una incisión profunda, transversal y reunir luego sus labios de modo que se obtenga una herida y más tarde una cicatriz, de dirección antero-posterior.—Para poner en práctica este procedimiento, en que debe hacerse una disección ó mejor dicho, un desdoblamiento de los restos del perineo, Lawson Tait comienza por introducir dos dedos de la mano izquierda en el recto (por delante de ellos es bueno empujar un ta-

pón de gaza engrasada para impedir la salida de materias), mientras que un ayudante pone, tan tensos como sea posible, los tejidos, retrayéndolos hacia las tuberosidades de los ísquiones; con esto la pared vaginal posterior queda á descubierto en una grande extensión. Se traza entonces sobre la piel, por medio del bísturi, un colgajo limitado por tres líneas rectas: dos de ellas á los lados, en la prolongación de la dirección de los grandes labios, y otra transversal (uniendo las extremidades inferiores de aquellas), que cae sobre el tabique recto-vaginal, el cual va á ser desdoblado. Se tienen así tres incisiones, que asemejan un cuadrado al cual faltase el lado superior. El horizontal ó transversal tiene de 3½ á 4 centímetros y los lados verticales 4 aproximadamente.

Para hacer la disección ó desdoblamiento, el autor ha hecho construir unas tijeras destinadas especialmente á ese uso: son de punta aguda y acodadas á nivel de su pivote. (En vez de ellas, Auvard usa simplemente del bísturi.) Lawson Tait, teniendo colocados como dijimos, dos dedos de la mano izquierda en el recto de la mujer, para hacer más salientes los tejidos y dirigir la punta del instrumento de una manera conveniente, introduce el extremo de sus tijeras en un punto de la línea media, entre el recto y el ano, sobre el trazo transversal de la incisión y hiende el tabique recto-vaginal, primero á su izquierda, luego á su derecha; en seguida hace dos desbridaciones siguiendo los trazos verticales, hasta unirlas con la incisión transversal. De esta suerte queda desprendida una lámina de tejidos que representa la pared vaginal posterior. Es importante que ese colgajo vaginal, irregularmente cuadrangular, no sea demasiado delgado, sino que tome exactamente la mitad del espesor del tabique; justamente para vigilar la realización de ese detalle se introducen en el recto los dedos, como indicamos antes. El desdoblamiento debe llevarse hasta una profundidad considerable y da una excavación en forma de cuña; todo este tiempo de la operación afirma el autor que puede hacerse en medio minuto. Si la superficie no resulta suficientemente lisa, se le regulariza con

las tijeras. El escurrimiento sanguíneo. aunque abundante á veces, no debe inquietar; cesa fácilmente.—Las suturas para afrontar los labios, se hacen con crin de Florencia, bajo la salvaguardia de los dedos colocados en el recto. Lawson Tait pasa la punta de una fuerte aguja de mango hacia adentro del borde de la piel, de modo que ésta no sea comprendida en la sutura (detalle que Pozzi no practica), la desliza profundamente en el espesor del labio de la izquierda, para sacarla á unos cuantos milímetros del fondo de la herida, sobre el cual pasa á descubierto, para penetrar de nuevo en el labio opuesto, siguiendo un trayecto enteramente simétrico al del otro lado. Las suturas no deben interesar el ángulo profundo de la herida. Se coloca el número de asas que se juzgue conveniente y se anudan entre los labios de la herida, que quedan bien adaptados, inclusive la piel, menos en los puntos en que los hilos salen.—La sutura hecha de esta manera, convierte en vertical la herida transversal que se hizo para el desdoblamiento; de este modo el perineo gana en longitud, pero pierde en latitud. Los cuidados post-operatorios con semejantes á los seguidos en todos los procedimientos. El de Lawson Tait, que ha sido acogido con tanto entusiasmo por muchos prácticos como combatido con calor por otros, adolece de numerosos defectos, que intentaremos señalar más adelante al hacer la apreciación de los distintos procedimientos.

De otros muchos podríamos hablar aquí; pero ya hemos manifestado que tal no es nuestro intento en este pequeño trabajo; excederíamos demasiado los límites que nos hemos señalado; y por otra parte, como los demás procederes quirúrgicos no son tan bien aceptados como los que á grandes rasgos describimos antes, haríamos labor casi infructuosa. Es, pues, ya tiempo de que pasemos á ocuparnos del procedimiento que sigue y hemos visto aplicar á nuestro querido y hábil maestro el Sr. Dr. Zárraga, tanto más, cuanto que nuestra mira ha sido hacer hincapié justamente en este procedimiento por las razones y ventajas ostensibles, que en otro lugar explicaremos.

Procedimiento que preconiza y emplea el Sr. Profesor Zárraga.— Dos tiempos, como todos los otros procedimientos, tiene el que practica el Sr. Dr. Zárraga: 1°. avivamiento de las partes; 2°., colocación de los hilos.

El primero de estos tiempos no ofrece nada de característico. El avivamiento se hace á la manera del procedimiento de Simon, por una disección cuidadosa y rápida, en que se procura reproducir con exactitud la antigua superficie cruenta de la desgarradura; se hace que la herida tenga el mismo estado y condiciones que guardaba en el momento del accidente. Recordamos que, como el perineo tiene una forma prismática triangular (cuneiforme) y ha sido dividido por su parte media, la herida nos presenta dos superficies triangulares que forman un ángulo diedro, cuya arista está en el fondo de la superficie. Por consiguiente, al hacerse el avivamiento, se debe reproducir esta apariencia: los dos triángulos dichos, como dos taludes, tienen por base común la linea que forma la intersección de los dos planos, el vértice opuesto queda situado en el punto en que se formará la nueva comisura de la vulva ó lugar ocupado por la horquilla. Los otros lados están constituidos por los bordes de la mucosa vaginal y por la piel del perineo. El resultado de este avivamiento puede verse en la figura 1ª. de la lámina que acompaña á este trabajo.

Tocante á la colocación de las suturas sí tiene el procedimiento de que nos ocupamos disposiciones y detalles que lo hacen diferir de los procedimientos antes descritos ó enunciados, y es justamente en esa disposición y en esos detalles, en lo que estriba su bondad y superioridad sobre los otros.

Para practicar las suturas, el Sr. Profesor Zárraga usa de la aguja curva ordinaria de Reverdin y el material que emplea es la seda aséptica gruesa y tejida en forma de cinta. Los hilos van á atravesar los triángulos del avivamiento de atrás hacia adelante, es decir desde la piel hasta la mucosa exclusives, pues el Sr. Zárraga no comprende en la sutura, que es entrecortada, ni la piel ni la mucosa. Después comentaremos la razón de este detalle. La dirección

de los hilos es, pues, paralela al lado que hemos considerado como base ó intersección de los triángulos y no perpendicular á ese lado, como sucede en todos los otros procedimientos. El primer hilo que se coloca es el que, una vez anudada el asa, vendrá á quedar más hacia atrás, más profunda. Cada una de las asas se coloca en dos tiempos: en el primero la aguja curva de Reverdin es introducida inmediatamente detrás de la piel, y deslizándose profundamente en los tejidos, viene á salir exactamente abajo de la mucosa vaginal, que no debe comprenderse en la sutura, como ya expresamos. Luego que el extremo de la aguja ha salido, se carga con la hebra de seda y aquella se retira. Está ya fijada la primera mitad de la primera sutura; para colocar la otra mitad, se introduce del otro lado y de una manera perfectamente simétrica, la aguja, se enhebra con el extremo profundo del hilo, se saca como antes y se tiene así ya la primera asa completa, con sus dos cabos saliendo atrás de la piel perineal. Se deja aún sin anudar esta asa y se procede á colocar las restantes de una manera en un todo semejante á la primera, solo que cada una va alejándose más y más de la anterior, siendo todas, por decirlo así, concéntricas y por lo mismo, paralelas y simétricas. Una vez puestos los hilos necesarios (fig. 2), se van anudando sucesivamente en el mismo orden en que se colocaron, apretándolos lo suficiente para afrontar y adaptar con exactitud las dos superficies triangulares cruentas. En la figura 3ª puede verse cómo queda reconstituido el perineo, una vez que los hilos han sido anudados. La figura 4ª tiene por objeto mostrar el conjunto de las suturas, de la más profunda, la inferior, á la más superficial, la superior, que rehace la horquilla; ese conjunto da exactamente la forma piramidal ó más bien, cuneiforme, del perineo normal.

Este procedimiento, según habrá podido colegirse, reune á una gran sencillez en su técnica, una gran rapidez en su ejecución, reconstituye el perineo de una manera perfecta y sólida, y cumple exactamente, por lo tanto, el fin que se propone la perineorrafia.— El Sr. Dr. Zárraga, en los

últimos casos en que lo ha puesto en práctica, ha hecho una resección parcial de la pared posterior de la vagina. á la cual quita una pequeña superficie triangular, que, una vez reunidos los labios de la mucosa por medio de un surjete con seda fina, corrige ó impide el rectocele. En cuanto á la sutura de la piel del perineo, no es necesario hacerla, pues ya con las fuertes suturas de afrontamiento de los segmentos perineales, queda ella misma afrontada convenientemente. Réstanos demostrar las ventajas que con este procedimiento se obtienen; pero ello encontrará mejor lugar al hacer las apreciaciones comparativas que los distintos procedimientos nos sugieran.

Lo que hemos dicho hasta aquí de procedimientos de restauración del perineo, es aplicable únicamente á las desgarraduras incompletas, las que dejan intacto el esfinter anal y el tabique recto-vaginal. Agregaremos algunas palabras acerca de la manera de practicar el restablecimiento del perineo, del esfincter y del tabique en los casos de roturas completas, las más graves, las más difíciles de tratar y las que han sido origen de una verdadera profusión de procedimientos operatorios.

En este caso, como en el anterior, sólo nos habremos de fijar en aquellos modos de proceder que son más seguidos por los prácticos y que se tienen como más seguros y eficaces. No tendríamos lugar para pasar en revista esta sucesión de modificaciones, siquiera sean útiles é ingeniosas muchas de ellas, ó de simples variedades de los procedimientos tipos y clásicos las más, que han producido con asombrosa fecundidad los cirujanos. Más significaría el hacerlo una falsa erudición—que disto mucho, en mi modestia y humildad, de querer aparentar—que una labor útil é interesante. Se me perdonará, pues, espero, que descarte de mi pequeña disertación todo ese fárrago tedioso de procedimientos, lanzados con escasa fortuna á la publicidad, pero apenas practicados y casi únicamente conocidos por sus propios autores, y que fije mi atención en los más culminantes y á mi juicio, más dignos de aceptación. — Volveremos á encontrar los nombres de los autores que mencionamos en lo

antes escrito, pues, en efecto, cada autor que ha ideado un método operatorio para las rupturas perineales incompletas, ha indicado también alguna modificación á su proceder, que lo hace aplicable á los casos de desgarradura completa y aún complicada con lesión del tabique recto-vaginal.

Hemos dicho en otro lugar que en estas extensas dilaceraciones, hay tres cosas que reconstituir: el perineo con la pared vaginal posterior, el esfincter anal, que es en estos casos, por decirlo así, la clave de la operación, y por último, el tabique recto vaginal, alejando la posibilidad de que se forme una fístula de ese tabique, lesión tan incómoda y lamentable como la misma que se trata de corregir con la operación, en estos casos tan complexa, que se llama perineorrafia.

Procedimiento de Simon y Hegar.—El plan que se sigue en este procedimiento parte de esta idea: que como el perineo ha sido desgarrado según tres de sus caras (vaginal, rectal y cutánea), debe hacerse la oclusión de la herida en las tres direcciones respectivas y colocar, por lo tanto, suturas vaginales, rectales y cutáneas. No emplea ningún desdoblamiento de tejidos, sino que practica un amplio avivamiento, cuyo conjunto afecta la forma de una mariposa de alas abiertas. Sus puntos simétricos deberán afrontarse de un lado al otro por medio de suturas entrecortadas, hechas con hilos de plata. Se ve que aquí no se abarca todo el espesor de los tejidos con cada sutura.—El procedimiento comprende dos tiempos: 1°. Avivamiento de las partes, 2°. Colocación de las suturas.—Para practicar el primer tiempo es necesario poner bien á descubierto el campo operatorio y al efecto, un ayudante levanta con una valva vaginal, la pared anterior de este conducto, en tanto que el cirujano coge y fija la pared posterior, mediante unas pinzas de garras de Museux, en un punto colocado inmediatamente arriba del límite que va á darse al avivamiento vaginal, y dibuja un triángulo de vértice superior sobre la mucosa, el cual deberá unirse con el resto del avivamiento.—Se interpone al comenzar, como útil

precaución, una esponja ó tapón de gaza, untado con pomada antiséptica y provisto de un cordón, en el recto, con el objeto de impedir la salida de materias que puedan ensuciar é infectar la herida. Se toma en seguida la piel con pinzas sobre la cara interna de los grandes labios, á la altura en que deba formarse la nueva comisura vulvar y se traza allí con el bísturi la extensión que deba refrescarse, prolongando el trazo hacia abajo, hasta la proximidad y hacia afuera del ano. Este trazo se ejecuta de los dos lados simétricamente. Se comienza el avivamiento por el pequeño triángulo vaginal y se prosigue en toda la superficie señalada, hasta terminar formando un triángulo rectal, semejante al vaginal, sobre la pared anterior de aquel intestino. El avivamiento sobre la mucosa vaginal significa una resección de esa pared, cuyo objeto ya hemos visto en otra parte, é impide, además, que al hacer el afrontamiento de los grandes labios en el punto en que se reconstituirá la horquilla, quede saliente hacia adelante. Sobre las partes laterales se abrirán, al avivar los tejidos, plexos venosos que dan una hemorragia de cierta consideración; pero que no tiene importancia: se hará cesar fácilmente por la compresión y luego se asegurará esto de una manera completa, por el afrontamiento. Una advertencia que no debemos omitir es no dar á la superficie de avivamiento una extensión exagerada, que hiciera más grande el traumatismo y dificultosa la reunión de la herida.

Segundo tiempo.— Colocación de las suturas. Una vez que se tiene la herida bien regularizada, se comienza por suturar los labios de la resección vaginal por medio de agujas ordinarias y de un hilo de plata. Terminada la sutura vaginal, entrecortada, se procede á hacer la del recto (sería mejor invertir este orden), haciendo pasar los hilos, primero de abajo hacia arriba, es decir, de la cavidad del conducto hacia el espesor del tabique y luego en un punto exactamente simétrico de aquel en que salió la aguja, se introduce en sentido contrario, para que el cabo venga á quedar pendiendo en la cavidad rectal. Así se pone el número de suturas que se juzgue conveniente pa

ra rehacer la pared anterior del recto, quedando todos los hilos hacia el interior del conducto, en donde se anudarán. Para apretar las suturas se pueden seguir dos modos: ó se anudan una por una, á medida que se van colocando, comenzando por la más profunda, ó bien se hace esta operación cuando están ya todos los hilos pasados.—Ya establecidas las suturas vaginales y rectales, se procede á hacer la sutura perineal, pasando los hilos de un lado al otro, procurando reducir lo más posible la tensión de los tejidos perineales sin perjuicio de la solidez del afrontamiento.—Se ve por esta somera descripción, que Simon y Hegar (que ha modificado en algo el procedimiento primitivo) practican tres clases de suturas; pero no á todas conceden la misma importancia; según esos autores las más importantes son las vaginales y rectales, al paso que las perineales sirven más bien para impedir que quede entre las superficies afrontadas algún espacio, en que se acumulen líquidos susceptibles de infección. Otros autores, y á nuestro juicio con sobra de razón, consideran como principales los hilos perineales, únicos que pueden garantizar el éxito de la operación y dar solidez al nuevo perineo, que en este método de restauración queda sujeto á una fuerte tensión, capaz de hacer fracasar el intento de reparación. Por otra parte, los hilos vaginales y rectales hasta podrán suprimirse, sin inconveniente, en muchos casos. —Para terminar la operación hay que practicar, según Hegar, la sección del esfincter anal, sea subcutánea ó á descubierto, haciendo sobre la parte posterior, hacia el cóxis, dos incisiones laterales. Esta sección del esfincter presenta, según el autor, la ventaja de impedir el estiramiento de la sutura rectal y permite, además, la salida de las materias fecales y de los gases, que no pueden ya acumularse, ni se oponen, por lo tanto, á la reunión. Ya tendremos en lo de adelante oportunidad de apreciar el valor de estas ventajas, diciendo, ante todo, si lo son efectivamente.

Pasemos á describir el ***procedimiento de Emmet*** para la reparación de las desgarraduras completas.

Una vez cumplidos los preleminares de esta operación

de que ya hemos hablado anteriormente, se procede á hacer el avivamiento de la antigua desgarradura de la manera expresada al tratar de la ruptura incompleta y que no difiere de lo que dijimos poco ha, acerca del avivamiento en el procedimiento de Simon. - Teniendo ya una herida perfectamente regular y simétrica, que afecta en su conjunto la figura de una mariposa con las alas desplegadas, según se ha comparado, y habiéndose restañado la sangre cuidadosamente para que el campo operatorio esté perfectamente limpio, se procede á la sutura, hecha con la aguja especial de Emmet, de que ya hablamos, ó en rigor, con una aguja ordinaria de Hagedorn, grande, de curvatura conveniente, montada en un porta-agujas y ensartada con hilo de plata de grosor mediano. Emmet da á conocer en su obra una figura, reproducida por casi todos los autores, que es una especie de síntesis que explica el procedimiento. No siéndonos posible incluirla nosotros en nuestro trabajo, procuraremos dar una idea de ella. Representa un corte esquemático vertical y antero-posterior del piso pélvico. En la parte que representa el cuerpo perineal están señalados y numerados los hilos de plata de las suturas, dispuestas de la manera siguiente: el número 1, el más próximo á la horquilla, se dirige muy oblícuamente hacia abajo y pasa por encima del esfincter, el número 2 penetra de adelante á atrás, esto es, de la piel hacia el tabique recto-vaginal, á través de una de las caras avivadas, comprende en su asa al tabique y vuelve por un trayecto semejante á través del labio opuesto. El tercer hilo, caminando de arriba á abajo y de adelante á atrás, abraza la parte media del esfincter, al cual está destinado á reconstituir. El cuarto hilo, colocado lo mismo que el segundo, pero más atrás que él; el quinto, en fin, pasa oblícuamente de adelante á atrás en la parte más central del esfincter, al cual, con el tercero, reconstituye. Cuando todos estos hilos son apretados por torsión sobre sus cabos libres, las partes avivadas que deben rehacer el perineo se adaptan unas á otras por una especie de fruncimiento, como una bolsa cerrada por una jareta. Esto es lo más particular del pro-

cedimiento; en los casos raros en que la desgarradura se extiende hasta el tabique recto-vaginal, Emmet, como los demás cirujanos, coloca suturas transversales de plata, que se fijan, embotando al mismo tiempo sus puntas, por medio de municiones de plomo aplastadas y apoyadas contra la vagina.– El procedimiento de Emmet, que no deja de ser un poco complicado tal como lo describió su autor, fué dado a conocer y vulgarizado en Francia por J. Hüe, el cual le hizo sufrir algunas modificaciones que aumentan su eficacia y simplifican su técnica, sin que por eso se altere el plan general propuesto por Emmet; según esas modificaciones, los hilos, en vez de entrecruzarse, son paralelos entre sí, y el primero que se coloca es el esfincteriano en vez de ser el más cercano á la horquilla, marcado con el número 1. Hay algunas otras modificaciones, muy importantes, que deben mencionarse. Dijimos que se comienza por colocar la asa más posterior de la sutura, que es la única que, en vez de la tercera y la quinta de Emmet, reconstituye el ano. Para colocarla, se tiene cuidado de hacer que un ayudante introduzca el dedo índice en el recto, á fin de guiar la aguja y evitar que se hiera ó se atraviese con la sutura la pared rectal. La aguja se introduce sobre el lado izquierdo del perineo á un centímetro y medio próximamente hacia atrás y hacia afuera de la circunferencia del ano, se hace caminar enseguida á través de la parte inferior del tabique recto-vaginal, en el cual debe apoyarse esta sutura y se hace salir en el lado derecho por un punto simétrico al de entrada. Para ejecutar esta maniobra del paso del primer hilo, se exige mucha atención y lentitud, tanto por parte del cirujano, como del ayudante que guía la aguja desde el recto. La colocación de los otros hilos perineales se hace de una manera análoga hasta la horquilla.– Como se ve, el procedimiento de Emmet para la reparación de las rupturas completas, á diferencia del de Simon-Hegar, no exige más que un plano de suturas profundas, únicamente perineales, lo que ya significa mayor simplicidad en el manual operatorio. Pero hay otra diferencia capital. Mientras que Hegar no rehace

el esfincter, sino que al revés, lo divide más. Emmet sí procura reconstituirlo. Uno de los hilos tiene ese objeto principal. Ese hilo, pasando por el tabique recto-vaginal, atrae hacia adelante, según el autor, los extremos del esfincter, poniéndolos en contacto. Se restituye así al músculo su integridad y sus funciones. Un escollo hay que evitar en la colocación de este hilo: estrechar demasiado el conducto anal al apretar el asa. Para cerciorarse de que no se ha incurrido en ese grave defecto, es necesario introducir un dedo en el recto y explorar el estado en que ha quedado.

Procedimiento de Lawson Tait.- Como ya describimos la parte esencial de este modo operatorio, á propósito de las desgarraduras incompletas, poco tendremos que agregar para utilizarlo en las completas. Ya sabemos que se hace un desdoblamiento suficientemente profundo de los restos del perineo y aun del tabique recto-vaginal, y que en los extremos de la incisión transversal que se sigue para ese desdoblamiento, se agregan incisiones laterales, que van hasta el cuarto inferior de la cara interna de los grandes labios. Se desprende así una especie de válvula ú hoja vaginal, que constituirá la pared posterior de ese conducto; si la desgarradura es completa, se prolongan hacia atrás, á los lados del ano, las incisiones laterales, con lo cual se obtiene la figura de una H, cuya porción inferior es más corta que la superior. Se forma una hoja ó válvula rectal, semejante á la vaginal, que servirá para reconstituir la pared anterior del recto.—Terminado este tiempo, se procede á ejecutar la sutura de la manera indicada en otro lugar (como en las desgarraduras incompletas), es decir, convirtiendo la herida transversal en vertical ó antero-posterior, teniendo muy especialmente cuidado de comprender en la primera sutura, los dos extremos seccionadas del esfincter anal. El lugar que ocupan estos extremos del músculo se señala por dos ligeros hundimientos, debidos á su retracción bajo la piel.—Las suturas las hace Lawson Tait con crin de Florencia y todas vienen á quedar anudadas bajo el perineo. El autor no comprende

en ellas la piel; pero otros cirujanos que han aplicado este procedimiento, sí sacan los hilos hacia afuera de los labios de la herida.

Procedimiento empleado por el Sr. Dr. Zárraga.—El procedimiento seguido por este entendido cirujano, ya vimos que difiere substancialmente de los otros modos operatorios por la manera especial y sumamente favorable de colocar los hilos, que forman un solo plano de suturas, anudadas todas sobre el perineo y sin comprender la piel en ellas. Para aplicar el procedimiento á las desgarraduras completas hay que hacer una modificación á la técnica descrita en otro lugar, mediante la cual, se rehace y rehabilita el esfincter del ano. Con tal fin, es indispensable comprender los cabos del músculo seccionado en la primera asa, lo cual se consigue con solo tener cuidado de introducir la aguja de Reverdin, primero hacia abajo y atrás para ir á alcanzar el extremo de la izquierda á una profundidad suficiente, y luego hacer caminar esta aguja á través de una capa de tejidos bastante gruesa, hasta sacarla en el borde mismo y abajo de la mucosa vaginal, á corta distancia del fondo del avivamiento; se coloca entonces el hilo de seda trenzada y gruesa en el ojo de la aguja y se saca ésta de la manera ordinaria, para volver á introducirla del mismo modo y con igual precaución en el punto simétrico de la derecha. Ya sabemos que los lugares en que se encuentran las extremidades del esfincter seccionado se marcan por un pequeño hundimiento en forma de foseta, que se ve en la piel.—En la figura 3ª se puede ver la disposición de esta primera puntada, que abarca en su asa al esfincter.—No se hace necesario, con este procedimiento, practicar una sutura rectal, como tampoco vaginal, pues la disposición de la sutura basta para que se afronten los labios de la desgarradura del tabique recto-vaginal, sin que haga falta aquella costura, que sin embargo, puede hacerse si se quiere.—Con la primera asa de seda viene á quedar reducida la desgarradura á las condiciones de una rotura incompleta, que se trata de la manera que ya describimos en su lugar. El resultado que se ob-

tiene es inmejorable en cuanto á la reconstitución del perineo con su forma piramidal ó prismática primitiva y á la restitución íntegra de sus funciones. La cicatrización se obtiene sin dificultad y á menudo, no queda ni la menor señal de la antigua desgarradura, la línea de cicatriz tiene la apariencia del rafe normal.

A fin de juzgar mejor las positivas ventajas que ofrece este procedimiento en cuanto á sencillez y eficacia, comparativamente con los otros descritos ó simplemente enunciados, entraremos en algunas consideraciones respecto á ellos, teniendo cuidado de señalar la manera cómo han sido evitados los inconvenientes de que aquellos adolecen en el modo operatorio que preconizo y defiendo en mi incorrecto estudio. Apelaré, para apoyar mis asertos, no solo á mis personales impresiones, sino á las opiniones de autores de gran valía y autoridad científicas, que han apuntado los defectos ó dificultades que presentan los diferentes procedimientos descritos, y fundaré las ventajas que abonan al que practica invariablemente, desde hace algunos años, el Sr. Dr. Zárraga, en los excelentes resultados que en sus enfermas ha tenido, resultados presenciados y atestiguados por honorables médicos de nuestra Facultad y numerosas otras personas.

Varios y justos reproches se han dirigido á los procedimientos que hemos descrito, ora por su técnica complicada, ora porque favorecen ó no impiden las infecciones, ora porque no reproducen con exactitud la forma primitiva del cuerpo perineal.—El procedimiento de L. Tait, uno de los más ingeniosos, en que el autor se ha preocupado por evitar el avivamiento de la antigua desgarradura, á fin de no privar á la región de tejidos que pudieran hacerle falta en caso de fracasar, colocando á la mujer en peores condiciones que antes de la intervención, puede ser tachado de demasiada complicación y de posibilidad de serios peligros. El autor apoya la bondad de su método con la siguiente argumentación: «El perineo así reconstituido (según su procedimiento) se hace suficientemente sólido y la reunión es casi inevitable, porque en varios centenares de

casos no he tenido más que dos fracasos, debidos únicamente al hecho de que en estos dos casos se había intentado ya varias veces la restauración por *operaciones hechas por avivamiento*. La cicatriz que resulta de mi operación es absolutamente lineal. El dolor, después de mi operación es insignificante en comparación del que sobreviene con el antiguo método de aplicación de las suturas. Dejo los hilos en su lugar durante 3 ó 4 semanas y doy grande importancia á que la vagina y el recto sean irrigados diariamente. Cuando las operaciones procedentes, hechas por avivamiento, han vuelto muy exíguos los tejidos, se verá uno muy á menudo obligado á hacer incisiones liberadoras de cada lado del perineo en el eje de la tuberosidad del ísquion. - Esta operación difiere considerablemente de todas las que han sido propuestas por diferentes autores, sea por el *principio* sobre que reposa, sea por los *detalles técnicos*. En efecto, todos los otros métodos proceden por avivamiento, es decir, que consisten en quitar tejidos que pueden ser de una grande utilidad; de suerte que, si la operación no tiene éxito, la enferma se encuentra en condiciones peores que antes de la intervención. Por el contrario, cuando se opera según mi procedimiento, no se quita ningún tejido; por consiguiente, si se obtiene un fracaso, las partes volverán simplemente á su estado anterior y no á una situación peor. Las operaciones por avivamiento están basadas sobre un principio falso; porque tienden más bien á dar la vagina y al recto sus formas tubulares, que á formar un buen perineo de sostén. Mi operación, por el contrario, reconstituye realmente la forma y las dimensiones del perineo......... Podrá uno darse cuenta fácilmente de que las cosas pasan así, si se considera que la incisión transversal reproduce exactamente la antigua desgarradura perineal, siempre dirigida según el plano antero-posterior del cuerpo. Pero, como ya hemos dicho, la cicatrización se hace en sentido inverso, es decir en el plano lateral; por tanto, para restituir las partes á su situación primitiva, debemos reunir las superficies según, la posición ocupada por el antiguo rafe genital.– Las extremidades del esfincter des-

garrado se aproximan y la actividad funcional quedará perfectamente restablecida. La exactitud de estas aserciones está suficientemente demostrada por los resultados que he obtenido en todas mis enfermas.— Mi método de colocación de las suturas es muy importante para lograr este fin; porque es sólo siguiendo este procedimiento como podrán reconstituirse exactamente las relaciones antiguas de las partes. Además, las otras operaciones no forman un perineo que sea capaz de resistir tan bien á los esfuerzos de un nuevo parto; mientras que los resultados obtenidos por mi método han podido resistir esta prueba de solidez en 26 casos, en los cuales no he tenido ni una sola vez que observar una nueva ruptura.» (Lawson Tait. Traité clinique des Maladies des Femmes.--Traducción francesa, 1891, pág. 106.)

Nadie mejor que el autor del procedimiento podía defender, en términos tan calurosos, la bondad y eficacia de él; por eso hemos querido reproducir literalmente sus palabras.—En la apreciación que nos permitiremos nosotros exponer, formularemos frases de encomio; pero no podemos menos que reconocer, que, en contraposición á sus ventajas, se echan de ver serios inconvenientes.—El principio del método: desdoblamiento de los restos del perineo y del tabique en un sentido transversal, que da por resultado la separación hacia adelante de una lámina de tejidos destinada á constituir la pared vaginal correspondiente, independiendo de la herida perineal, por decirlo así, el conducto, y por ende, los gérmenes infecciosos que pudieran hallarse allí; el principio del método, decimos, es una de sus más preciosas ventajas cuando se aplica á las desgarraduras incompletas y ya cicatrizadas. Mas debemos apresurarnos á decir que en la actualidad ese peligro de infección, si posible, no es ni fatal ni inevitable.— En los casos recientes ó en los de ruptura completa las circunstancias cambian por entero. Entonces no se aísla la vagina de la herida perineal. Al hacer el desdoblamiento, la lámina vaginal queda con dos superficies avivadas, si el caso es reciente, ó es necesario colocar una sutura media para unir

las dos mitades laterales de la hoja vaginal, y de la rectal por otra parte, en el caso de que sea completa; porque entonces la desgarradura ha debido extenderse por el cuerpo perineal y quizá también por el tabique, sobre la línea media, dejando naturalmente una parte á la derecha y otra á la izquierda, las cuales es necesario unir. Se tendrá, por lo mismo, una sutura vaginal y otra rectal medias, que no permitirán fácilmente el aislamiento de la herida perineal de las dos cavidades á que separa, ni impedirán la posible contaminación.—¿Cuál ha sido, pues, la ventaja sobre el simple avivamiento?—Creemos que ninguna; al contrario, hay el inconveniente de haber hecho mayor el traumatismo. ¿Y cómo se hace el desdoblamiento?—Se introducen en el recto de la enferma uno ó dos dedos de la mano izquierda para guiar al instrumento cortante y evitar la herida—que muy bien pudiera producirse—de la pared rectal. Se hace una incisión transversal de la anchura de la mano (Pozzi) y se va profundizando, con el cuidado siempre de dar á la hoja vaginal el mismo grueso que á la hoja rectal, puesto que habría peligro de fístulas consecutivas si se adelgazaran demasiado; este desdoblamiento se prosigue hasta el tabique recto-vaginal, sosteniendo y atirantando convenientemente, por medio de pinzas de garras ó de erinas, las hojas que se están disecando. Ahora bien, introduciendo los dedos en el recto, no tenemos para qué decir que se inutiliza la mano izquierda mientras dura la operación, y puede hacer falta en el momento de colocar las suturas, etc.; pero sobre todo, la disección del tabique exige una habilidad que no todos tienen en el grado indispensable, y hay, á pesar del dedo rectal, peligro de herir lá pared ó adelgazarla más en unos puntos que en otros, caso uno y otro en que se podría producir, como dijimos, una fístula recto-vaginal, cuya gravedad no hay para qué mencionar; pero sin que tal accidente acontezca, debemos recordar que ya el tabique de por sí es bastante delgado para exponer á las fístulas, aún cuando se le divida exactamente por la mitad de su espesor, ó por lo menos, habría riesgo de debilitarlo y favorecer la producción de un

rectocele, como ya le tacha Jenks á este procedimiento el que asi suceda.– Por lo demás, no creemos que sea seria la objeción que hace Lawson Tait á los procedimientos por avivamiento, de que éstos quitan á los labios perineales tejidos que pudieran hacer falta, porque en ese método se recomienda siempre no quitar más que la capa de tejido de cicatriz ó de mucosa, que es muy delgada y no disminuye apreciablemente el espesor, ni deja al fracasar la restauración, á la mujer en condiciones peores que antes. La colocación de las suturas, por medio de las cuales se convierte en antero-posterior la incisión transversal, podrá dar al perineo, no lo dudamos, tanta solidez como quiere L. Tait; pero es preciso reconocer, á pesar de la aserción contraria del autor, que la afrontación de los labios de la herida de la manera que él lo hace, llevando los extremos de la incisión transversal hasta el contacto, esto es, haciendo caminar de cada lado 2 ó 3 centímetros á los labios de la herida, debe producir un atirantamiento de los tejidos si no igual, quizá mayor que en los métodos de avivamiento, y que por lo mismo, lo que él les tacha á estos últimos: necesitar incisiones laterales liberadoras, como las que se practicaban en el antiguo método de Dieffenbach, recae también sobre su procedimiento.

Tocante á que la cicatriz es enteramente lineal, puede decirse igual cosa acerca de los otros procedimientos. En el mismo grado se encuentran las ventajas y los inconvenientes que anota L. Tait, en el párrafo que transcribimos, en su procedimiento y los de simple avivamiento. Quizá en nuestras apreciaciones dejemos escapar algunos otros inconvenientes y ventajas, además de los señalados; pero en suma, nos basta con los aquí indicados y con el balance que hemos hecho, para no dar nuestra preferencia á este método de desdoblamiento, sintiendo no conocer las objeciones que han hecho al procedimiento que juzgamos, Hirschberg, Schatz, Hegar, etc., (en el Tercer Congreso alemán de Ginecología celebrado en Friburg en Junio de 1889), para robustecer más nuestras concepciones. Debemos decir, para terminar, que á pesar de todo, el pro-

cedimiento de Tait, más ó menos modificado, ha sido favorablemente acogido por muchos cirujanos ingleses, alemanes, etc., quienes lo practican con complacencia.

Con todo, repetimos, nuestra predilección se inclina por los métodos de simple avivamiento, que nos parecen más fáciles, más naturales, menos peligrosos y no solo tan eficaces como el de Lawson Tait, sino quizás aun más.—Entre los muchos que se han descrito, hicimos, por razones expuestas á su tiempo, especial mención de los de Simon, Hegar, Emmet y del que aplica entre nosotros el Dr. Zárraga.—Veamos cuáles son las ventajas ó inconvenientes de ellos.

Al procedimiento de Simon-Hegar hay dos cosas que reprocharle: la multiplicidad y disposición de las suturas (que son, como se recordará rectales, vaginales y perineales, y el seccionamiento del esfincter.

En cuanto al primer punto, multiplicidad de las suturas, debemos manifestar que, en tésis general, presenta inconvenientes; porque como estos hilos, (aludimos á los rectales) se ponen en contacto con las materias contenidas en el recto, la infección por los hilos mismos contaminados se hace fácil y probable, de donde la producción de un absceso perineal, que complica el resultado y malogra la operación. En atención á esto, los cirujanos han ideado procedimientos en los cuales se procura que los hilos no pasen hasta la cavidad del recto, y otro tanto debe decirse de la vagina. El ideal es que las heridas rectal y vaginal queden obliteradas perfectamente sin necesidad de costuras especiales y por sólo la acción de las puntadas perineales. ¿Puede realizarse este ideal? Indudablemente sí y desde ahora debemos decir que no es esa la menor de las ventajas del procedimiento utilizado por el Dr. Zárraga.

Desde el punto de vista indicado antes, es inconveniente, el procedimiento de Simon más aún que por la complicación de técnica que produce la colocación de tantas suturas. Otra circunstancia de este procedimiento, que no debemos dejar de mencionar, es la de que las suturas no abarcan todo el espesor de los tejidos perineales, sino que

el centro de ellos, hasta el cual no llegan los hilos, queda libre; y como estas partes tienen tendencia á la retracción, claro es que habrá de formarse una pequeña cavidad que se llenará de líquido y que la menor infección transformará en uno de esos abscesos perineales de que hablamos poco ha.

¿Qué debemos decir del seccionamiento del esfincter anal? Hegar, á ejemplo de Baker Brown, lo practica para impedir que se acumulen las materias y los gases en el recto, y vengan así á ejercer tensión sobre las suturas rectales, comprometiendo el resultado. Este es, en efecto, un contratiempo de tal manera grave, que merece llamar nuestra atención. En otro lugar hemos dicho que al preparar á la enferma para la operación, se le sujeta á un método constipante durante varios días; así todo marcha relativamente bien al principio; pero al cabo de 6 ú 8 días la necesidad de defecar se hace sentir de una manera imperiosa, la enferma no puede ya resistir y verifica la evacuación de materias duras y voluminosas, que distienden considerablemente el recto y el ano, hasta el punto de desgarrar las suturas del esfincter y de la pared, pues en esta época no está consolidado aún el proceso de cicatrización. Por eso Hegar se decide á dividir el músculo en varios segmentos, destruyendo su acción retentiva de materias y gases. El proceder es expedito y eficaz; pero se hace el sacrificio de ese órgano, que los demás cirujanos tratan, con razón, de conservar y rehabilitar á toda costa. Rechazando, con ellos, el proceder de Hegar, creemos que la mejor solución que puede darse es procurar que las evacuaciones de la enferma se hagan con regularidad; pero haciendo, por medio de laxantes, etc., que las materias salgan reblandecidas (no diarréicas). Así, es cierto que la herida será bañada por estas materias; pero como la oclusión es perfecta, no sufrirá contaminación. Esta práctica tendrá, por lo demás, la ventaja de evitar el meteorismo que acompaña á la constipación y hará innecesaria la peligrosa colocación de una cánula rectal permanente para dar salida á los gases. Dicha cánula es un cuerpo extra-

ño que solicita la contracción del esfincter y que tiende á ser expulsado á cada momento, causando un tenesmo muy penoso; además, expone, si llega á salirse á que se causen lastimaduras graves al introducirla de nuevo, si no se hacen con extremado cuidado. Como creemos que todos estos inconvenientes pueden subsanarse fácilmente por medio de laxantes, no aceptamos el seccionamiento del esfincter practicado por Hegar, tanto más cuanto que es sabido qué peligro de infección podría aportar la ejecución de heridas en esta región. En vista de los inconvenientes apuntados, no pensamos que el procedimiento de Simon, modificado por Hegar, deba aceptarse sino con cierto recelo, salvo los casos de desgarradura incompleta y poco extensa, en que, lo mismo que los otros, da buen resultado.

Examinemos ahora el procedimiento de Emmet.

En éste, como se recordará, hay un solo plano de suturas, á menos que haya al mismo tiempo desgarradura del tabique, caso en el cual se colocan puntos de sutura especiales, que, sin pasar hasta la cavidad rectal, van á fijarse en la vagina, según ya describimos. Dijimos también que Emmet coloca, por regla general, 5 hilos, de los cuales 2 rehacen el esfincter, (el 3º y el 5º); el 1º pasa por encima de este músculo y los otros 2 (2º y 4º) van á atravesar la parte inferior del tabique. Según las modificaciones que á este método se han hecho, los hilos toman otra disposición; pero el resultado es igual: con ellos se rehace el esfincter y se sujeta el tabique recto vaginal, al mismo tiempo que se afrontan los labios de la herida. El procedimiento de Emmet ha sido muy combatido por Le Fort, quien se pregunta: ¿cuál es la utilidad del hilo rectal de Emmet?-- «No solo es problemática», dice, sino que «ese hilo es perjudicial cuando se trata de una desgarradura seria del tabique.» Cierra el ano y es una barrera para la salida de materias consistentes, peligro de que ya hablamos antes; pero que aquí, aun cuando exista, como el mismo Emmet lo reconoce, quizá no es tan serio como en el procedimiento de Hegar. En estos casos, es necesario que el cirujano intervenga, dice Emmet, extrayendo con el dedo, con una cu-

chara, etc. las materias que se presenten. Fuera del papel poco airoso que el cirujano se encomienda, es menester que esté presente en el momento de la defecación, lo que no es fácil de realizar, como se comprende. Entonces sucederá que las materias salen desgarrando el esfincter; si hay ruptura también del tabique, puede suceder que resistan las fuertes suturas esfincterianas; pero en ese caso, por la acumulación de materias, se ejercerá una fuerte tensión sobre las suturas, cederán las de la pared rectal y la consecuencia será el paso de aquellas á la vagina y el establecimiento de una fístula; en suma, el fracaso de la operación.

Nos parece que Le Fort, en los conceptos anteriores, que le pertenecen, exagera su apreciación de una manera que no es probable lleguen á realizarse sus temores en la práctica; pero de todos modos, evidencía el inconveniente de la colocación de las suturas, especialmente la esfincteriana, en la forma que lo hace Emmet.—En cuanto á los demás suturas, las destinadas á unir los labios perineales, que no difieren de los de Simon y Hegar-más que en que van á apoyarse en el tabique recto-vaginal, atrayéndolo hacia abajo, diremos que esa colococión de izquierda á derecha en asas transversales, generalmente adoptada por los autores, tiene el inconveniente que ya les atribuyó Lawson Tait en el párrafo suyo que transcribimos, que no reproducen con exactitud la forma normal del perineo; restituyen, es cierto, á la vagina y al recto, su forma tubulada; pero el perineo queda reducido á un simple septum que los separa y no tiene ya la forma piramidal truncada ó prismática. que tenía antes de la desgarradura. Y comoquiera que esa forma tiene su objeto é importante, es menester restituírsela íntegra; para lo cual ningún procedimiento se presta tan bien como el que utiliza el Dr. Zárraga y que ya describimos oportunamente. Veamos ahora en qué estriban sus ventajas. En él todas las puntadas tienen una dirección antero-posterior, si se considera á la mujer en el decúbito dorsal, en la posición de la talla, que es la que se le da. Es semejante al procedimiento descrito por

Hildebrandt, pero tiene algunos detalles interesantes que lo diferencían.—Las suturas una vez anudadas, son todas de diferente tamaño, como puede verse en su conjunto representado por la figura 4ª., y toman justamente la forma del perineo normal. La mayor, que es la inferior, va desde el borde de la piel, inmediatamente debajo de ella, hasta el borde de la mucosa vaginal, también atrás de ella, atravesando el esfincter de la manera en otra parte explicada. Al apretar este hilo quedan en íntimo contacto los dos labios de la herida en todo su espesor, sin que haya cavidad posible ni restiramiento exagerado, capaz de comprometer el resultado. Además. atravesando la asa todo el espesor de la pirámide perineal, no la deforma. Lo mismo van haciendo las demás asas hasta la última, que es la más pequeña. Aquí no sucede, pues, como en el método de Emmet y en los otros, con excepción del de Lawson Tait, que pasando los hilos á través del tabique recto-vaginal, éste es atraído hacia abajo, y la altura, por lo mismo, de la pirámide perineal, se reduce considerablemente con detrimento de su forma y dimensiones normales.—Por otra parte, el Dr. Zárraga no comprende en sus hilos ni la mucosa ni la piel, lo cual tiene por objeto hacer más salientes los tejidos entre esas dos superficies tegumentarias, y por consiguiente, más fácil la adaptación entre sí de los dos labios y mayor la garantía de éxito de la intervención. En efecto, como al hacer el avivamiento de las partes comprendidas entre la piel y la mucosa, quedan aquellas como excavadas y hundidas, si se comprendieran en la sutura la piel y la mucosa, no se adaptarían bien las dos superficies cóncavas y el resultado no podría esperarse bueno. Al revés, procediendo como lo hace el Sr. Zárraga, y en esto difiere de la técnica de Hildebrandt, se hacen salir hasta el nivel de los bordes tegumentarios los tejidos y la adaptación tiene que ser perfecta. Tan cierto es, que en algunos casos, de los muchos que ha tratado el Sr. Zárraga, en que la herida se infectó, la cicatrización pudo hacerse, á pesar de la supuración, sin el menor tropiezo ni contratiempo alguno. Como la piel y lo mismo la

mucosa, ya han sufrido la retracción respectiva y no pueden encogerse más, al hacer las suturas profundas y afrontar, la piel y la mucosa se afrontarán á su vez por sí mismas, sin que sea preciso poner costura especial en ellas. Esto significa una notable simplificación de la técnica y una abreviación de la operación.

Creemos, por todo lo anteriormente asentado, haber fundado y hecho manifiestas las ventajas que ofrece el procedimiento empleado por nuestro maestro el Sr. Zárraga, y por lo tanto, declaramos nuestra predilección por ese procedimiento. Nos parece que él llena el *desideratum* de la perineorrafia, puesto que la clínica lo ha demostrado en casos muy numerosos, de los cuales damos aquí algunos sucintamente relatados y que han podido ser presenciados por personas bien conocidas, así en la intervención como en el resultado de ella, casi siempre plenamente satisfactorio. Véanse esos casos, en los cuales, por tratarse de personas que forman parte de la clientela del Sr. Dr. Zárraga, no damos el nombre de la enferma operada; los datos los hemos tomado de las notas de su práctica, que recoge y compila el mismo Sr. Zárraga.

OBSERVACION I.—Sra. L., primípara, de 23 años de edad, con domicilio en la calle de la Viña, número 2, operada en Febrero de 1896, por desgarradura incompleta del perineo; intervención inmediatamente después del parto. Se colocaron 7 suturas y se obtuvo un resultado completo, con cicatrización por primera intención. Se quitaron los hilos el 11°. día de la operación. Fué testigo de ella el Sr. Dr. Gayón.

OBSERVACION II.—Sra. A., de 27 años, con domicilio en la calle de Nuevo México, 9, fué operada en Septiembre de 1895, para subsanar una antigua desgarradura incompleta. Se pusieron 8 puntos de sutura, obteniéndose un éxito completo, con cicatrización por primera intención. Los hilos se quitaron á los 10 días. Presenció la operación el Sr. Vicente Villegas, entonces estudiante de 5º año de Medicina.

OBSERVACION III.—Sra. X., primípara, de 23 años, con habitación en la 5ª calle Ancha, núm. 6. Desgarradura incompleta producida por el parto y reparada inmediatamente por 6 suturas, que fueron retiradas á los diez días, cuando la cicatrización era completa, no obstante haberse perdido el punto superior que no cicatrizó por primera intención. Presenció esta intervención el Sr. Dr. Osorno.

OBSERVACION IV.—Sra. de B., de 24 años, con domicilio en la calle del Sabino, núm.... Enferma operada por el Dr. D. Tomás Noriega, con asistencia de los Dres. Zárraga y Manuel Gutiérrez, para restaurar una antigua desgarradura. Se colocaron 7 suturas, las cuales fueron quitadas á los 12 días, habiéndose logrado un resultado completo, con cicatrización por primera intención.

OBSERVACION V.—Sra. C., primípara, de 22 años, con habitación en la 3ª calle de San Juan, núm. 2. Desgarradura incompleta en el parto; restauración inmediata, por medio de 6 suturas; éxito completo. Fueron testigos de esta operación los Sres. Dres. Nicolás Ramírez de Arellano y Carlos Cuesta.

OBSERVACION VI.—Sra. A., de 25 años, con habitación en la calle de Alfaro, operada por una desgarradura antigua por el Sr. Dr. Tomás Noriega, con asistencia de los Dres. Zárraga, Garay y Felipe Martínez. Las suturas, en número de 9 fueron quitadas á los 11 días, lográndose un éxito completo.

OBSERVACION VII.—Sra. de R., primípara, de 20 años, sufrió una rotura perineal incompleta en su parto, acaecido en Junio de 1897, y se le hizo la reparación inmediatamente por el Dr. Zárraga, asistido por el Sr. Dr. Angel Gaviño y la partera Soledad Tello. Se pusieron 6 suturas, y el resultado obtenido fué excelente. Habitaba la paciente en la calle del Corazón de Jesús, núm. 17.

OBSERVACION VIII.—Sra. de A., primípara, de 22 años, con habitación en la Plazuela de Regina, núm. 6. Sufrió en su parto, ocurrido en Julio de 1897, una desgarradura incompleta, que fué reparada inmediatamente. Se pusieron 7 suturas que fueron retiradas á los 11 días, con buen resultado, á pesar de haberse supurado el punto inferior. Presenciaron la intervención el Sr. Dr. Uribe y Troncoso y una partera.

OBSERVACION IX.—Sra. de L., primípara, de 19 años, con domicilio en la 2ª calle de Iturbide, núm. 3. Desgarradura perineal á consecuencia del parto, tratada inmediatamente. 7 suturas y resultado completamente bueno. Asistentes Dr. Ignacio Ocampo y Roque Macouzet.

OBSERVACION X.—Sra. M., primípara, de 35 años, con habitación en la Calle de Chiquis, operada por ruptura perineal inmediatamente después del parto. Suturas, 6. El resultado que se obtuvo en esta enferma fué malo, porque se empleó, no contando en esos momentos con otro material, hilo de seda número 14, y las suturas no surtieron el efecto que se esperaba. Estuvieron presentes en esta intervención los Dres. M. Gutiérrez é Ignacio Ocampo.

OBSERVACION XI.—Sra. de Herr. de 21 años, 1ª Calle de la Pila Seca. Después de sufrir varios abortos, tuvo en su primer parto una desgarradura, operada desde luego, con 7 suturas, quitadas á los 11 días con pleno éxito. Presenciaron esta intervención en Noviembre de 1897 el Dr. J. Gayón y partera Doña Soledad Tello.

OBSERVACION XII.—Sra. H., de edad avanzada, multípara, fué operada el 21 de Febrero de 1898, en la 2ª Calle de San Ramón, número 4, á causa de un prolapso de la matriz. Se hizo una resección de la mucosa vaginal y se colocaron 8 puntos de sutura perineales, que fueron quitados á los 12 días, habiéndose logrado un éxito completo por primera intención. Asistieron á esta operación

los Sres. Dr. Gavilanes y Francisco de P. Millán, Francisco Tamez y Alfredo Caturegli, pasantes de Medicina.

Además de las observaciones que acabamos de reseñar, el Sr. Dr. Zárraga, en su trabajo leído ante la Sociedad Médica «Pedro Escobedo,» el 25 de Agosto de 1895 y publicado después en el periódico «La Escuela de Medicina,» da cuenta de cincuenta y tres casos más, en que se ha puesto en práctica el procedimiento que él usa.—Después de la fecha de su trabajo y fuera de las observaciones que hoy publico, el Sr. Dr. Zárraga ha practicado la perineorrafia en otros muchos casos. A la fecha el total de sus intervenciones excede de cién, y en ellas el resultado ha sido por todo extremo satisfactorio, salvo tres fracasos no atribuibles al procedimiento, sino á las condiciones muy desventajosas en que fué aplicado.

Para dar cima á nuestro humilde y ya largo trabajo, juzgamos oportuno decir unas cuantas palabras repecto á los cuidados post-operatorios que deben concederse á las pacientes.

Una vez terminada la operación se hace una sencilla curación consistente en un aseo perfecto de la región, en la cual se polvorea en seguida yodoformo, aristol, etc., y se coloca un apósito de gaza antiséptica. Deben hacerse lavados antisépticos frecuentes y cuidadosos, vaginales y rectales, según lo recomienda L. Tait, especialmente en los casos en que haya secreciones vaginales y uterinas y después de la defecación, circunstancias en que se corre riesgo de ver infectarse la herida. Este cuidado, que es capital, se proseguirá hasta la completa curación.

Se coloca á la enferma en decúbito dorsal con las piernas juntas á fin de evitar el estiramiento de los tejidos perineales cuanto sea posible.

Debe sondearse á la mujer el número de veces necesario ó bien dejar una sonda permanente, durante los primeros días, á fin de evitar que la orina ensucie la vulva y el perineo. No deben descuidarse, á propósito de este sondeo, las precauciones, bien conocidas, de asepsia escrupulosa.

Ya nos hemos explicado en cuanto al régimen del cuer

po á que debe sujetarse á las enfermas. Se procura durante los cuatro ó cinco primeros días, producir una constipación (opiaceos, etc.) que evite el paso de las materias fecales por sobre la herida; pero como no se tardará mucho en experimentar la necesidad de evacuarlas, debe recurrirse en tiempo oportuno á los laxantes, á fin de reblandecerlas y hacerlas invulnerantes, tanto por su consistencia como por su volumen. Con este proceder se logra, además, la ventaja de impedir el meteorismo. Recomendamos los laxantes de preferencia á las lavativas, porque éstas, á menos que las aplique el médico mismo ó persona entendida, podrían presentar en estos casos, el peligro de lastimar seriamente la herida con la cánula del inyector, si no se hicieren con las precauciones requeridas y por manos hábiles. Algunos prácticos aconsejan, una vez satisfecha la necesidad de defecación, insistir en producir nuevamente la constipación, con lo cual se alcanza ya el fin del período de cicatrización, que por regla general no excede de 10 á 12 días. Estas advertencias especiales se refieren á los casos de desgarraduras completas.

Debe tenerse también gran cuidado, como en toda operación, de la temperatura, que nos dará la voz de alerta en el caso de infección. Ya hemos dicho que con el procedimiento usado por el Dr. Zárraga, esta infección, caso de producirse, no da lugar á la formación de abscesos, porque no permite la existencia de *espacios muertos*, que es donde se acumula el pus. La infección será superficial, se perderá quizá alguno de los hilos, como sucedió en dos de las observaciones que hemos relatado; pero la operación no fracasa por eso, ni se corre ningún peligro.

En general, se quitarán los hilos de los 8 á los 12 días, rara vez más tarde. Durante todo ese tiempo, se recomendará á la enferma la mayor quietud, se le prohibirá sentarse ó hacer cualquier esfuerzo. La marcha no deberá permitirse sino al cabo de tres semanas, ó mejor, más tarde aún. En cuanto á las relaciones sexuales, serán vedadas durante varios meses.

Tocante á los resultados, apreciados en conjunto, de la

operación, debe decirse que la perineorrafia, tal como se practica en la actualidad, no es una operación grave y deja á la mujer en condiciones tan satisfactorias como las de que disfrutara antes del accidente, hasta tal punto, que se tiene casi siempre dificultad para afirmar, por el examen de la región, que allí ha habido una dilaceración.—Los partos subsecuentes se hacen, por lo común, sin nueva ruptura.

En los casos en que haya metritis concomitantes, es necesario tratar ésta convenientemente antes de proceder á la restauración perineal.

*
* *

Dijimos en el comienzo de nuestro estudio que el objeto que nos guió al emprenderlo, fué ilustrar nuestro criterio y definir nuestra conducta al tener que tratar una desgarradura del perineo. Hemos allegado, al efecto, cuantas fuentes de ilustración hubo á nuestro alcance; hemos procurado tomar consejo de nuestros maestros de especial competencia sobre el particular; hemos puesto á contribución nuestras exíguas facultades para juzgar, con la claridad asequible á nuestro entendimiento, en asunto tan debatido y fecundo en consecuencias de todos los órdenes; y llegamos á esta conclusión: de todos los procedimientos propuestos por los distintos autores y que hemos podido sujetar á nuestro estudio, ninguno ofrece mayores ventajas ni más sencillez, que el que practica nuestro maestro el Sr. Zárraga y en consecuencia, por él declaramos nuestra predilección, convencidos de que estamos sobre un buen camino. ¡Ojalá en nuestras manos pueda producir los inmejorables resultados que siempre dió en las de nuestro hábil y experimentado maestro!



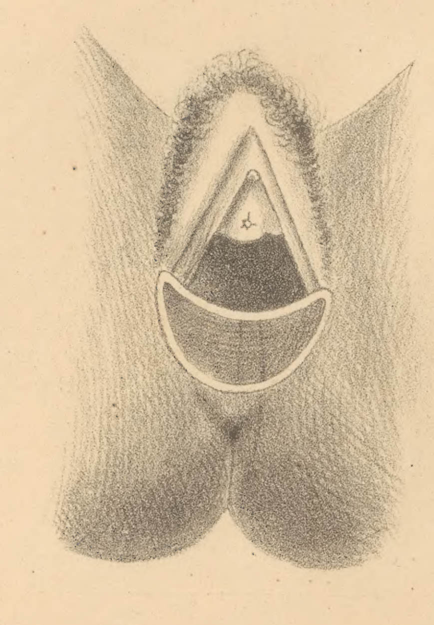


Fig. 1.

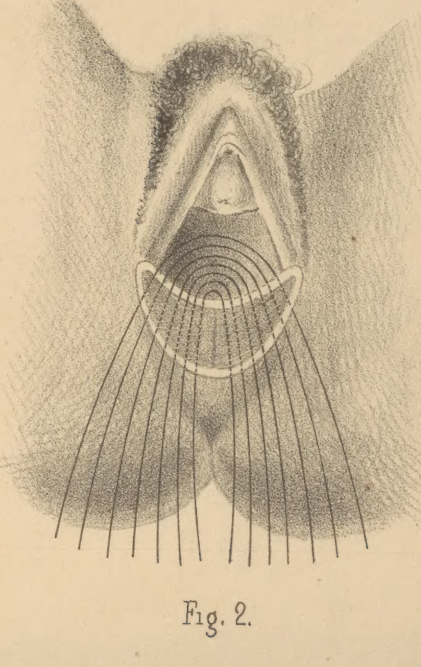


Fig. 2.



Fig. 4.

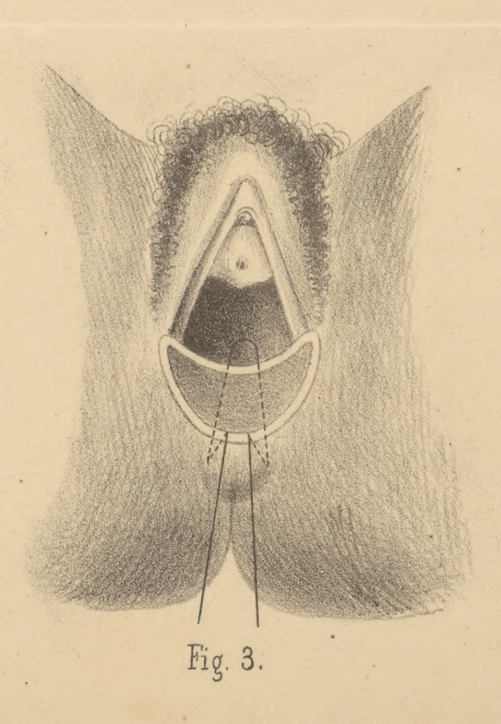


Fig. 3.

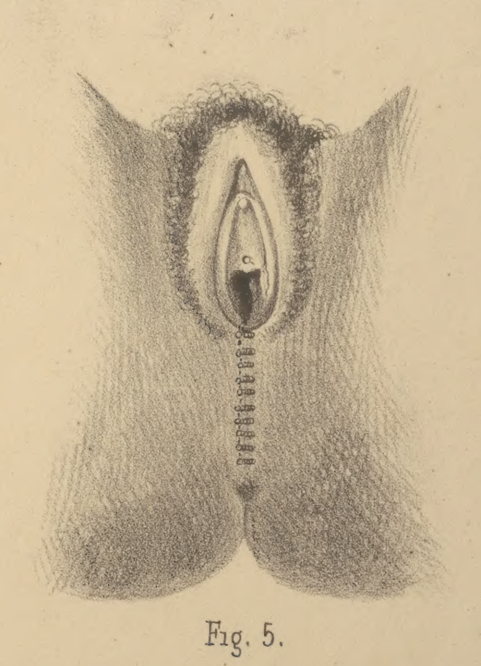


Fig. 5.